

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Sociální práce se seniory s demencí**

**Social Work with Seniors with dementia**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce:  
prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Autor:  
Jana Kočová

2015

## **Poděkování**

Ráda bych chtěla poděkovat za cenné rady a spolupráci při vytváření této bakalářské práce prof. PhDr. Beátě Krahulcové, Csc.

Dále děkuji celému kolektivu Domova se zvláštním režimem v Hlubočepých za trpělivost a cenné rady, které mi poskytl v oblasti přímé péče a při komunikaci s klienty s demencí.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Sociální práce se seniory s demencí napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů a moje práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 30.4.2015

Jana Kočová

---

## **Anotace**

Má bakalářská práce Sociální práce se seniory s demencí je věnována rodinám a osobám pečujícím o tyto osoby. V začátku této práce se věnuji pohledu na stáří a definici pojmů gerontologie a ageismus. Dále definuji nejběžnější formy demence a způsoby, jak pečovat o osobu trpící tímto syndromem. Závěr práce je věnován popisu organizace Arcidiecézní charity Praha. Zde se zabývám jejími jednotlivými činnostmi a zařízeními. Samostatnou kapitolu jsem věnovala Domovu se zvláštním režimem. Touto prací jsem chtěla přiblížit rodinám, které mají ve svém okolí někoho blízkého, který trpí syndromem demence, jak probíhá péče v DZR.

## **Annotation**

I devote my bachelor's thesis „Social work with seniors with dementia” to all the individuals and families taking care about these people. In the introduction of my thesis, I focus on the perception of old age and a definition of ageism and gerontology. Furthermore, I define the most common forms of dementia and various ways of taking care of people suffering from this syndrome. In the conclusion of my thesis, I describe the organisation of caritas of the archdiocese of Prague and look into its individual activities and facilities. I devoted a single chapter to house of special regime. By this thesis, I wanted to introduce to those families, which have someone close to them, suffering from the syndrome of dementia, how the procedure of taking care of these people looks like in DZR.

## **Klíčová slova**

Demence - klient – pečovatel – Domov se zvláštním režimem – Arcidiecézní charita Praha

## **Keywords**

Dementia – client – carer - house of special regime - Caritas of the archdiocese of Prague

## Obsah

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| Anotace .....                                              | 4  |
| Klíčová slova .....                                        | 4  |
| Seznam zkratek .....                                       | 7  |
| ÚVOD .....                                                 | 8  |
| 1. STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....                                   | 9  |
| 1.1 Gerontologie .....                                     | 10 |
| 1.3 Ageizmus .....                                         | 11 |
| 1.4 Mezinárodní den seniorů .....                          | 12 |
| 2. DEMENCE .....                                           | 13 |
| 2.1 Přehled demencí.....                                   | 13 |
| 2.1.1 Atroficko - degenerativní procesy.....               | 14 |
| 2.1.2 Vaskulární demence .....                             | 14 |
| 2.1.3 Ostatní symptomatické demence .....                  | 15 |
| 2.2 Stadia demencí dle symptomatologie .....               | 15 |
| 2.3 Nejčastější typy demence.....                          | 16 |
| 2.3.1 Alzheimerova choroba .....                           | 16 |
| 2.3.2 Demence s Lewyho tělísky (DLB) .....                 | 17 |
| 2.3.3 Demence u Parkinsonovy choroby .....                 | 18 |
| 2.3.4 Frontotemporální lobární demence.....                | 19 |
| 2.3.5 Huntingtonova chorea.....                            | 20 |
| 2.3.6 Demence infekčního původu .....                      | 20 |
| 2.3.7 Lidské prionové nemoci.....                          | 21 |
| 2.3.8 Metabolická demence .....                            | 22 |
| 2.3.9 Demence intoxikačního původu .....                   | 23 |
| 2.3.10 Farmakogení demence .....                           | 23 |
| 2.3.11 Posttraumatické (póurazové) demence .....           | 23 |
| 3. PÉČE O ČLOVĚKA S DEMENCÍ .....                          | 25 |
| 3.1 Historický pohled na péči o seniora.....               | 25 |
| 3.2 Formy péče o seniory.....                              | 25 |
| 3.3 Prožitek demence a její fáze .....                     | 27 |
| 3.4 Komunikace s klientem s demencí .....                  | 28 |
| 3.4.1 Obecné zásady v přístupu ke klientům s demencí ..... | 31 |
| 3.5 Prostředí pro klienty s demencí .....                  | 34 |
| 3.6 Časté problémy seniorů .....                           | 35 |
| 3.6.1 Pohyb a pády.....                                    | 35 |
| 3.6.2 Dekubity.....                                        | 35 |

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| 3.6.3 Inkontinence moči a stolice .....          | 36 |
| 3.6.4 Výživa a poruchy výživy .....              | 37 |
| 3.6.5 Pitný režim .....                          | 37 |
| 3.6.6 Spánek .....                               | 38 |
| 3.6.7 Bolest .....                               | 38 |
| 3.6.8 Psychické problémy .....                   | 38 |
| 3.7 Problémové chování u klientů s demencí ..... | 38 |
| 4. AKTIVIZACE SENIORŮ S DEMENCÍ .....            | 41 |
| 4.1 Aktivizační programy .....                   | 41 |
| 4.2 Reminiscence/ Reminiscenční terapie .....    | 41 |
| 4.3 Zooterapie .....                             | 42 |
| 5. ARCIDIECÉZNÍ CHARITA PRAHA .....              | 43 |
| 5.1 Sociální služby pod záštitou ACHP .....      | 44 |
| 6. DZR (DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM) .....        | 45 |
| 6.1 Vybavení .....                               | 45 |
| 6.2 Denní režim .....                            | 46 |
| 6.3. Složení pracovního kolektivu .....          | 47 |
| 6.4 Vzdělávání pracovníků .....                  | 48 |
| 6.4.1 Supervize .....                            | 48 |
| 6.4.2 Porady .....                               | 48 |
| 6.4.3 Kazuistický seminář .....                  | 48 |
| 6.4.4 Klientská porada .....                     | 49 |
| 6.4.5 Školení .....                              | 49 |
| 6.4.6 Videotrénink interakcí (VTI) .....         | 49 |
| 7. SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ .....                        | 51 |
| 7.1 Anamnéza .....                               | 51 |
| 7.1.1 Osobní anamnéza .....                      | 51 |
| 7.1.2 Rodinná anamnéza .....                     | 52 |
| 7.1.3 Sociální anamnéza .....                    | 52 |
| 7.1.4 Zdravotní anamnéza .....                   | 53 |
| 7.1.5 Ekonomická anamnéza .....                  | 53 |
| 7.2 Režim klienta po umístění v DZR .....        | 53 |
| 7.3 Vývoj klienta po roce pobytu v DZR .....     | 54 |
| 7.4 Sociální práce s klientem .....              | 55 |
| ZÁVĚR .....                                      | 56 |
| Seznam použité literatury .....                  | 57 |
| Summary .....                                    | 62 |

## **Seznam zkratek**

ACH - Alzheimerova choroba

ACHP - Arcidiecézní charita Praha

CJN - Creutzfeldtova-Jakobova nemoc

ČALS - Česká alzheimerovská společnost

DZR - Domov se zvláštním režimem

SS – Sociální služba

VTI - Videotrénink interakcí

## ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je sociální práce se seniory s demencí. Tuto bakalářskou práci jsem se rozhodla sepsat po mém pracovním působení v Domově se zvláštním režimem (dále jen DZR) v organizaci Arcidiecézní charita Praha dále jen (ACHP). Bakalářskou práci ráda věnuji všem pracovníkům, rodinným příslušníkům a hlavně studentům, kteří se o toto téma zajímají a v budoucnosti budou chtít pracovat s klienty trpícími syndromem demence.

V první kapitole popisuji stárnutí, jako celoživotní proces. Definuji pojmy gerontologie, ageizmus a popisuji Mezinárodní den seniorů. V prostřední části práce se věnuji především druhům demence a formám péče o klienty trpící tímto syndromem. Péče je různorodá dle stádia onemocnění. Všechna stádia onemocnění spojuje forma péče, která musí být citlivá, vnímavá a hlavně individuálně nastavena dle potřeby klienta.

Jedním z mých dalších cílů bylo představit ACHP a sociální služby, které tato organizace poskytuje. Veřejnost zná ACHP díky jejímu působení v mezinárodních projektech a také jako organizátora Tříkrálové sbírky. Jen malá část veřejnosti má přehled a dostatečné informace o práci, kterou ACHP vykonává pro seniory, ať už se jedná o Domov pro seniory v Mukařově, DZR nebo o pečovatelskou službu.

Ráda bych tímto představila činnost DZR. Jedná se o pracoviště, které splňuje podmínky pro život klientů, kterým byla diagnostikována demence, jelikož jsou zde splňovány standardy péče o tyto specifické klienty. Dále se v této práci chci zaměřit na typy a druhy demencí a jaké jsou nejlepší možnosti péče o tyto klienty. Jednu z kapitol věnuji aktivizačním technikám.

Teoretické a praktické poznatky jsem čerpala z řady literárních a webových zdrojů a také z interní databáze DZR. Hlavním zdrojem, který mi posloužil k základu mé práce je kniha Demence a jiné poruchy paměti – komunikace a každodenní péče od kolektivu autorů Jiráček R.<sup>1</sup>, Holmerová I., Borzová C. Pro utřídění pojmů jsem využívala Encyklopedii sociální práce od Oldřicha Matouška<sup>2</sup> a kolektivu autorů.

---

1 doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc. se narodil 20.11.1943 v Kamenném Újezdci. Je psychiatr, který se zabývá demencí, farmakoterapií organických psychosyndromů a poruchami paměti.

2 Oldřich Matoušek je vystudovaný klinický psycholog. V roce 1991 se stal spoluzakladatelem katedry sociální práce na Filozofické Fakultě Univerzity Karlově v Praze. Také od roku 2005 je členem nadací: Nadace Terezy Maxové a Člověk hledá člověka.



# 1. STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

„*Stárnutí je důležitou osobní zkušeností, se kterou se dříve nebo později setká každý z nás.*“ (ONDRUŠOVÁ, 2011, s. 13) Otázky o stárnutí a stáří, se kterými je velmi často spojována otázka smrti, mohou mnoha lidem nahánět strach. V některých případech je lidé mohou vytěšňovat s argumenty, že se jich to ještě netýká. Většina lidí stáří komentuje a osobně si ho myšlenkovitě oddaluje vysvětlením, že mají ještě dostatek času se zabývat těmito otázkami. Mnohdy tento strach může být také velice ovlivněn médii, která stáří prezentují jako ekonomickou a společenskou zátěž.

Se stářím se v našem životě setkáváme každý den. Může se jednat o naše blízké nebo klienty, se kterými spolupracujeme v rámci našich profesí. Stáří je stejně cenné období jako dětství, mládí či dospělost, přestože v něm zaznamenáváme úbytek sil a mnoho nezvratných změn. „*Stárnutí je celoživotní biologický proces, který je neodvratný a na jehož konci je stáří.*“ (ONDRUŠOVÁ, 2011, s. 13)

Stárnutí je velmi individuální, ale u všech osob jsou patrné změny v oblastech: biologické, psychické a sociální. Stárnutí dle významu rovin lze dle MUDr. Jiriny Ondrušové (2011) dělit na:

1. Biologické: Jedná se převážně o biologické změny organismu, které se projevují poklesem a snížením schopností např. adaptačních, zátěžových, snižování funkčnosti orgánu, svalové a kostní hmoty, snížení imunity a vlivem hormonálních změn.
2. Psychické: Jsou zde výrazné změny v oblasti psychomotorického tempa a kognitivních funkcí. Prožívání vlastního stáří je spojené s nutností přijetí a sžití se s novou rolí, se kterou je spojená i významná emoční složka.
3. Sociální: Zde se převážně diskutuje o sociálních vztazích mezi stárnoucími jedinci a společností.

Dle Mlýnkové (2011) je stárnutí nesnadné. Je mnoho definic stárnutí, ale není jednoduché určit, která definice stárnutí je nejvýstižnější. Stáří a stárnutí se projevuje nejen u lidí, ale také u zvířat a rostlin. Můžeme stáří popsat jako nedílnou součást života.

V procesu stárnutí vznikají degenerativní změny, které se projevují postupným úpadkem funkce a tvaru buňky. Tyto změny jsou velice individuální. Podle individuality lidí změny postupují pomalu nebo rychleji. Rychlost stárnutí velice ovlivňují různé faktory. Jedná se o genetické kódování, životní styl, prostředí, zaměstnání a velmi podstatný vliv mají stresové situace. Zpravidla změny tkání a buněk jsou započaty po 30. věku života člověka.

Stárnutí je celoživotní proces, jehož závěrem je stáří. Můžeme o stáří hovořit jako o závěrečné kapitole jedince.

## 1.1 Gerontologie

Nová vědní disciplína gerontologie - nauka o stáří a stárnutí. Formováním této disciplíny přispěla dle Holmerové : „*Skutečnost, že ve stáří probíhají nemoci jinak než u mladých lidí či lidí středního věku.*“ (HOLMEROVÁ, 2002, s. 6)

Známý mikrobiolog a imunolog I.I.Mečnikov, který je též nositelem Nobelovy ceny, zavedl pojem Gerontologie. Tento pojem je převzat z řeckého slova „geron,gerontos“ = starý člověk a z „logos“, který v překladu znamená nauku. Tento pojem byl zaveden na přelomu 19. a 20. století. Tato věda je velice interdisciplinární a jejím hlavním záměrem je zkoumat stárnutí. Také se zabývá jeho konkrétními příčinami a projevy. Nesmí opomenout problematiku života ve stáří. Zaměřuje se převážně na potřeby seniorů. Jedná se o velice široké spektrum a obsáhlou problematiku, která zahrnuje i jiné vědní disciplíny. Především o sociologii, psychologii a pedagogiku. Také o právní a etické aspekty péče o staré občany.

Cílem této vědní disciplíny je možnost aktivního života seniorů a s ním spojené zdravé stárnutí a zlepšování kvality život a hlavně zamezení patologického stárnutí a nesoběstačnosti.

Tímto problémem se zabývají ve světě gerontologické společnosti. První vznikla ve 40. letech 20. století. Tento typ organizací se v roce 1962 projevil i na našem území, když byla založena první Česká gerontologická společnost. S tímto je také spojen vznik geriatrie, jako samostatného vědního oboru v Československé republice v roce 1983.

Gerontologie se dělí na tři části. Jedná se o část teoretické, klinickou a sociální. Gerontologie teoretická, která se primárně zabývá mechanismy stárnutí. Jejím cílem je definovat hypotézy a teorie stárnutí. Zde je zahrnuta teoretická forma péče o seniory. Další část je gerontologie klinická (geriatrie), jejím zájmem je zdravotní a funkční stav stárnoucích a starých lidí. Obsahuje hlavně studium, prevenci, diagnostiku a léčbu chorob. Poslední je gerontologie sociální. Tato část je pro tuto práci nejpodstatnější, jelikož jejím hlavním cílem je studium vzájemných vztahů mezi starými lidmi a společností.

(Ondrušová, 2011)

## 1.2 Druhy pohledu na stáří

Dle Matouška (2013) a jeho encyklopedie sociálních prací je stáří rozděleno na 3 etapy. První etapu, která se nazývá „stáří“ či „počínající stáří“, charakterizuje věk do 74 let. V této etapě můžeme tedy hovořit o mladých seniorech. Dále pak nastává etapa druhá, která začíná

věkem nad 75 let. Tuto etapu můžeme dále nazývat jako „vysoké stáří“, které se však dělí ještě na dvě podskupiny podle věku a to na „pokročilý věk“ (75-89 let) a „dlouhověkost“ (90 a více let).

*„Dle Světové zdravotnické organizace (world Health Organisation= WHO) se stáří dělí na tři období :*

- 1. 60-74 let - rané stáří*
- 2. 75-89 let - vlastní stáří*
- 3. 90 let a více dlouhověkost. “ (in MLÝNKOVÁ, 2011, s. 14)*

Jana Mlýnková (2011) ve své publikaci uvádí, že věk můžeme dále rozlišovat na kalendářní stáří, které je dané věkem jedince. Dále na biologické stáří, které je posuzováno dle zdatnosti seniora, vitalitou a jeho zdravím. Tyto dva typy stáří si nemusejí odpovídat. Vždy záleží na individualitě jedince.

### **1.3 Ageizmus**

Pojem ageizmus byl poprvé popsán koncem šedesátých let 20.století v USA. Vzhledem k přibývajícimu počtu stárnoucí populace se o tento pojem také zvyšuje zájem. Ageizmus má za úkol definovat věkovou diskriminaci, která se může stát velice nebezpečnou pro seniory. Jedná se převážně o předpoklady, že určité věkové kategorie mohou mít jinou společenskou hodnotu. Z předcházející věty je patrné, že ageizmus se nemusí týkat jen seniorské populace. Jednotlivec v jakémkoliv věku může být diskriminován. *„Samotný termín diskriminace znamená rozlišování či rozdílný přístup k lidem nebo různým společenským skupinám. Tento přístup poškozuje jednotlivce nebo skupiny, omezuje jejich práva, neuznává jejich rovnost s ostatními lidmi.“ (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 37)*

**Důležité v této práci je zmínit projevy diskriminace u pečovateli:**

1. Neskryvaná averze (odpor, nechut') vůči seniorovi. Jedná se převážně o neochotu ošetřovat.
2. Vyhýbá se kontaktu se seniorem. Zajistí základní hygienické a stravovací nutnosti, ale dále je více nezajímá.
3. Nadměrná podpora.
4. Ageizmus v komunikaci např. oslovení „babi, dědo“.

(Mlýnková,2011)

Dle přednášek prof. Beaty Krahulcové (2011) jsou důsledky ageizmu. Takové že pohled na seniory vlivem ageizmu je definuje jako osoby odlišné. Tento jev zapříčiňuje neschopnost mladších generací se identifikovat se seniory. V určitém případě může propagovat takové názory na seniory, které mají za úkol odstranit vlastní zodpovědnost za ně.

#### **1.4 Mezinárodní den seniorů**

Mezinárodní den seniorů je datován 1.říjnem. Tento mezinárodní den se slaví již od roku 1998. V tento den by se mělo oslavovat všechno to, co senioři společnosti přinášejí.

([www.hospiccheb.cz](http://www.hospiccheb.cz))

## 2. DEMENCE

Definice demence dle J. Bašteckého: *„Demence je choroba, u které dochází k snížení intelektové a paměťové úrovně a proto úrovní získané premorbidně. Demence se mohou vyskytovat již od dvou let života, kdy se předpokládá rozvoj intelektových schopností. Porucha intelektu vzniká před druhým rokem života, i když i po narození je řazena mezi oligofrenie.“* (BAŠTECKÝ, 1994, s. 239)

Další autor Oldřich Matoušek ve své publikaci Slovník sociální práce definuje demenci jako: *„Soubor příznaků vyvolaný organickými změnami centrální nervové soustavy. Těmito jsou zejména: postupující porucha paměti, poruchy myšlení, poruchy řeči i motoriky, poruchy chování (agresivita, skleslost, obscénní chování), ztráta orientace v prostředí, oslabení schopnosti vykonávat dříve běžné denní aktivity. Kritérium demence je změna, tzn. že klient se před propuknutím nemoci vyvíjel normálně. Ústavní ošetření není jedinou možností péče o lidi s trpící demencí. Míra demence by měla být kvalifikovaně určena a péče by měla specificky reagovat jen na ten deficit, kterým klient (pacient) trpí. Ústavní péče je nutná jen u pokročilých forem demence.“* (MATOUŠEK, 2002, s. 33)

Dle studijního materiálu k předmětu Práce se seniory od prof. PhDr. Beáty Krahulcové, CSc (2015) je demence charakterizována jako: *„Syndrom vznikající následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru.“* (KRAHULCOVÁ, 2015 ,ppt 03, s.1)

### 2.1 Přehled demencí

Dle Jiráka (2009) lze demenci dělit dle příčin do dvou skupin:

1. *„Demence, které mají za podklad atroficko-degenerativní proces mozku.*
2. *Demence symptomatické (sekundární), které mají za podklad celková onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory , cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek.“* (JIRÁK, 2009, s. 19)

Tento typ symptomatické demence lze rozdělit, ještě do dvou podskupin.

- a) Demence vaskulární: Jedná se o typ demence, která vzniká na podkladě poruch mozkových cév a mozkového krevního zásobení.
- b) Ostatní symptomatické demence.

Dle prof. PhDr. Beáty Krahulcové, CSc (2015) můžeme demence dělit dle jejich příčin, které jsou také označovány, jako formy demence na:

### **1. Atroficko – degenerativní nemoci**

- Nejčastější formy demence. Ze všech demencí tvoří 60%. Nejčastější je Alzheimerova nemoc.

### **2. Vaskulární nemoci**

- Tvoří 20%. Nejčastějším typem je multiinfarktová demence, která vzniká vlivem drobných infarktů mozkové tkáně.

### **3. Sekundární demence**

- Vzniká po úrazech, tumorech CNS, při epilepsii a také po zánětlivých onemocněních mozku.

### **4. Smíšené formy demence představují 10-20%.**

#### **2.1.1 Atroficko - degenerativní procesy**

Jedná se o procesy, které mají za následek snížení počtu nervových buněk. Snižování synapsí, co jsou spoje nervových buněk (neuroglie). Také zde dochází k tvorbě a ukládání patologických bílkovin. Na základě tohoto děje probíhá mnoho dalších degenerativních dějů. Nesmíme opomenout geneticky naprogramovanou buněčnou smrt apoptózu, která je vždy zakódována v genetickém materiálu každé buňky.

U typů chorob které jsou neurogenerativní, dochází častěji k odkrytí a aktivaci výše zmiňovaných genů. Také k buněčným sebevraždám tzv. apoptoickým příhodám. Však tyto příhody se dějí i tam, kde jsou žádoucí. „*U atroficko-degenerativních demencí dochází k degradaci některých bílkovin a k tvorbě a ukládání patologických bílkovin.*“ (JIRÁK, 2009, s. 1)

#### **2.1.2 Vaskulární demence**

Vznik je zapříčiněn poškozením mozkové tkáně cévními poruchami. Jedná se převážně o mozkové infarkty. Konkrétně o odumření určité části mozkové tkáně z důvodu, že tato část nebyla dostatečně prokrvena a vyživující tepny byly uzavřeny.

Demence může vzniknout vlivem více drobných mozkových infarktů. Tento jev je častější. Může také vzniknout i z jednoho rozsáhlejšího mozkového infarktu, jehož vznik zasáhl oblast důležitou pro paměť.

### 2.1.3 Ostatní symptomatické demence

Vznikají díky celkovému onemocnění organismu, které postihuje též mozek. Vznikají z příčiny intoxikací (otrav), infekcí a zánětů, úrazu mozku, nádorů mozku a za vzniku dalších procesů ovlivňujících činnost CNS (centrálního nervového systému).

(Jiráček,2009)

## 2.2 Stadia demencí dle symptomatologie

Roman Jiráček (2009) ve své publikaci stanovuje, že demence jsou obvykle děleny dle klinické symptomatologie do tří stadií:

1. Mírná demence
2. Středně těžká demence
3. Těžká demence

V prvním stádiu mírné demence je možný soběstačný život, ale jsou zde patrné změny, které se projevují poklesem paměti. Tento pokles paměti často způsobuje komplikace při běžných denních činnostech. Jsou patrné projevy: *„lehká porucha paměti, amnézie pojmů, zhoršení orientace a porucha ve vizuálně-prostorovém vnímání, těžkosti s početními úkony, psaním, změny afektibility a poruchy kritičnosti, strategie vyhýbání se komunikaci.“* (KRAHULCOVÁ, 2015, ,ppt 03, s.6)

Druhé stádium středně těžké demence je charakteristické poruchami paměti, které ovlivní celkovou schopnost soběstačnosti. Veškeré složky paměti jsou porušeny. Důsledkem této poruchy paměti je, že klient již není schopený vykonávat smysluplnou činnost. Jsou patrné projevy: *„vzrůstání deficitu krátkodobé i dlouhodobé paměti, těžké a trvalé amnézie s poruchami řeči, časté bludy, agitovost či apatie, myšlenkové perseverace, neschopnost zvládat vlastní osobní záležitosti a vztahy, ztráta náhledu do svých poruch a obtíží.“* (KRAHULCOVÁ, 2015, ,ppt 03, s.6)

V posledním stádiu těžké demence je klient úplně závislý na péči okolí. Klienti obvykle v poslední fázi nejsou schopni zvládat běžné denní činnosti. Paměť je porušena ve všech složkách. Jsou patrné projevy: *„vzrůst poruch orientace a paměti, ritualizace pohybů, mutismus, labilní oční kontakt, nepřiměřené sociální chování, upoutání na lůžko, potulování, inkontinence, kachexie.“* (KRAHULCOVÁ, 2015, ,ppt 03, s.6)

## 2.3 Nejčastější typy demence

### 2.3.1 Alzheimerova choroba

Nejběžnější forma demence je pojmenována po německém neurologovi Aloisu Alzheimerovi, který ji popsal v roce 1906 jako Alzheimerovu chorobu (dále jen ACH). Po rozhovoru, který vedl s první pacientkou Augustou D. „*Je to jedna z nejčastějších základních příčin smrti (na čtvrtém a pátém místě).*“ (JIRÁK, 2009, s. 33)

Více jak polovina lidí s diagnostikovanou demencí trpí čistou formou ACH. Jedná se o více jak 55%. (Buijssen,2006)

Tento typ demence je ze všech nejčastější. V číslech se jedná o 50 % pacientů s diagnostikovanou demencí, jedná se o čistou formu Alzheimerovy demence. Dále se však ACH projevuje v kombinaci s jinými příčinami. V tom případě se jedná o smíšenou formu demence (alzheimerovsko - vaskulární), zde se na vývoji demence podílí ACH a cévní změny mozku. Do dalších typů smíšené demence můžeme zařadit překrývání ACH a demence s Lewyho tělísky nebo Alzheimerovy a Parkinsonovy choroby.

„*Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně).*“ (JIRÁK, 2009, s. 33) Průběh demence u ACH je tedy lineárně progresivní. Jedná se tedy o plynulé zhoršování stavu. Tento děj probíhá bez větších výkyvů. Může zde na určitý čas dojít ke zpomalení nebo dokonce až k zastavení průběhu nemoci. V současnosti nelze Alzheimerovu chorobu léčit. Poslední fází je tedy smrt, která obvykle nastane 7 až 10 let od objevení prvních příznaků. Nastávají zde také výjimky, u kterých může nemoc postupovat rychleji. Naopak u některých pacientů byla doba přežití 15 a více let. Tyto výjimky jsou s velkou pravděpodobností spojené s použitím nových léčebných postupů. Vzhledem k těmto postupům se délka přežití bude prodlužovat. (Jirák,2009)

### **Česká alzheimerovská společnost a její služby**

Vznik České alzheimerovské společnosti je datován v roce 1997. První světová organizace alzheimerovské společnosti Alzheimer Society of Canada vznikla již o dvacet let dříve. Na vzniku se podíleli jak odborníci i lidé z řad rodinných příslušníků. Protože této problematice nebyla věnována dostatečná pozornost.

Kdokoliv se může obrátit na kontaktní a informační centrum České alzheimerovské společnosti (dále jen ČALS). Centrum je otevřeno denně od 8:00 do 20:00. Odborný personál v centru poskytuje základní informace o problematice syndromu demence a služeb. Zná



odbornou terminologií a je schopen odpovědět na základní otázky nebo poskytnout další vhodný zdroj informací.

Nejvíce informací lze nalézt na internetových stránkách. Pro upřesnění uvádím konkrétní weby. [www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz) – na této webové stránce jsou informace o činnosti ČALS a další definice problematiky demencí. Další informace můžeme nalézt na [www.gerontologie.cz](http://www.gerontologie.cz), jedná se o databázi služeb pro seniory. Tento web je pravidelně doplňován a aktualizován. V současnosti patří tyto webové stránky k nejúplnější databázi tohoto druhu.

ČALS publikuje řadu letáků, brožur a novin. Jejich hlavním úkolem je informovat laickou veřejnost o této problematice. Společnost také poskytuje konzultace s odborníky s medicínským nebo psychologickým vzděláním. Na konzultaci se můžete objednat jednak telefonicky nebo osobně v centru ČALS. *„Poradenství je zaměřeno na informace o nemoci a péčování, o zvládání náročné situace dlouhodobé domácí péče o chronicky nemocného člena rodiny a samozřejmě také na informace o dalších službách“.* (HOLMEROVÁ, 2009, s. 103)

Jednou z prvních služeb této společnosti byly svépomocné skupiny rodinných pečujících. ČALS pořádá „čaje o páté“. Tyto akce se pořádají v prostorách Gerontologického centra v Praze 8 každých 14 dní obvykle ve čtvrtek. Rodiny si zde vyměňují zkušenosti. Také s pomocí specializovaného pracovníka se snaží najít řešení jejich praktických problémů. Tyto podpůrné skupiny se scházejí i v jiných regionech České republiky.

Další služba je respitní péče. Jedná se o „pohlídání“ klienta trpícího demencí. Respitní péče je pomoc pečujícím členům rodiny na několik hodin týdně. Jejím hlavním cílem je umožnit pečujícím členům rodiny prostor a odpočinek. Služba je hodnocena velice pozitivně, protože umožňuje pečujícím odpočinout si a zařídit si potřebné záležitosti. (Holmerová, 2009)

### **2.3.2 Demence s Lewyho tělísky (DLB)**

Hovoříme-li o demenci s Lewyho tělísky hovoříme o neurogenerativním onemocnění, které je na pomezí Alzheimerovy a Parkinsonovy nemoci. Tato nemoc je pojmenována po německém internistovi a neurologovi Fridrichovi Heinrichu Lewym. Tento typ demence je hned po Alzheimerovy nemoci druhou nejčastější diagnostikovanou demencí. *„Demence s Lewyho tělísky byla popsána až v 60. letech dvacátého století a byla tehdy považována za vzácnou.“* (KONRÁD, 2009, s. 34) Jedná se o nemoc pozdního věku. Jelikož její průměrný počátek je v 75 až 80 letech. Výskyt tohoto typu demence je vysoký. Dle pitevnických studií se jedná o 10 až 20 % ze všech demencí. Demence s Lewyho tělísky byla diagnostikována jen u 4% všech

osob trpící demencí. Vznik je způsoben degenerací mozkových buněk díky patologické změně bílkoviny alfa-synukleinů. Má za následek vytvoření kulovitých Lewyho tělísek, které se vytvářejí uvnitř mozkových buněk. Také zde dochází k zánětlivým změnám mozkové tkáně.

Specifickými projevy tohoto typu demence jsou především scénické zrakové halucinace. Jedná se převážně o halucinace lidských postav a zvířat, které jsou doprovázené proměnlivou soustředěností a mají také vliv na kvalitu vědomí. Mimo zrakové halucinace se mohou vyskytovat i halucinace sluchové, které mohou být doprovázeny bludy a depresi.

Léčba je podobná jako u ACH. Nepoužívají se však klasické antipsychotika, protože jsou nevhodné. Mohou způsobit zhoršení Parkinsonových příznaků. Vedle podání šetrně tlumivých léků je důležité využívat různých aktivizačních technik např. trénink paměti, vzpomínkové terapie a také upravit denní režim a přizpůsobit prostředí. (Konrád,2009)

### **2.3.3 Demence u Parkinsonovy choroby**

„Parkinsonova nemoc je neurogenerativní onemocnění postihující především mozkový kmen, jeho dopaminergní buňky.“ (KONRÁD, 2009, s. 40)

V případech, které se objeví ve vyšším věku, jsou postiženy také další oblasti mozku. Může se zaměnit s demencí Parkinsonovy nemoci nebo demenci s Lewyho tělísky. Vyskytuje se také v kombinaci s ACH nebo vaskulárním onemocněním mozku. Dle statistik postihuje Parkinsonova nemoc kolem 0,2% populace. Její vznik a první příznaky nemoci začínají nejčastěji kolem 58 až 60 let.

Prvotní příznaky, které se projevují poruchami hybnosti, jsou diagnostikovatelné jako motorické příznaky. Jedná se o třes, svalovou ztuhlost, snížení hybnosti až neschopnost se hýbat, poruchy rovnováhy a chůze. Objevují se i poruchy kognitivních funkcí, ale jejich projevy jsou lehkého rázu. Demence se projevuje u 20 až 30 % pacientů. Je častá u pacientů, kteří jsou starší 50 let. Před 50. rokem nebyla zatím pozorována vůbec. S touto chorobou jsou také často spojovány klinické příznaky. Jedná se deprese, úzkost, záchvaty paniky, monotónní řeč, sehnuté schoulené držení těla a končetin, poruchy spánku, závratě, zácpa, sexuální dysfunkce, zvýšená únavnost, ztráta čichu, ztráta mimiky, mastná kůže a potíže s polykáním.

U Parkinsonovy choroby je demence spíše vždy jen lehkého až středního stupně. Náhled je zachovaný. Převažuje porucha paměti, také jsou zhoršené schopnosti pozornosti

a soustředění se výrazně omezuje. „*Myšlení a psychomotorické tempo jsou zpomalené, nemocní jsou apatičtí.*“ (KONRÁD, 2009, s. 40)

(Konrád,2009)

### 2.3.4 Frontotemporální lobární demence

Jedna z méně častých forem demence je frontotemporální demence. Trpí jí kolem 10% klientů s demencí. Při průběhu dochází k postupující degeneraci mozku. Jedná se o degeneraci čelních nebo předních temporálních (spánkových) laloků. Projevuje se i postižení dalších oblastí mozku. Otázka vzniku není jasná. U tohoto typu je častý familiární výskyt a proto je možná genetická podmíněnost. „*Frontotemporální demence začíná nenápadně, plíživě a příznaky se pomalu zhoršují.*“ (FRANKOVÁ, 2009, s. 43). Její vznik je nejčastěji mezi 45. až 65. rokem věku. Délka nemoci je průměrně 8 let, ale rozmezí je od 2 až do 20 let. V pokročilých stádiích se těžko rozlišuje od ACH.

Projevy tohoto druhu demence navenek záleží na topografické distribuci změn a lokalitě postižení. Nejčastější typy frontotemporální demence podle klinického obrazu a lokalizace změn jsou:

1. Frontální varianty FT demence
2. Sématické demence
3. Primární progresivní afázie

V případě, že k lokalizaci změn dochází v čelní oblasti mozku, je jako klinický syndrom diagnostikována demence frontálního typu. Jejími hlavními symptomy jsou změny osobních rysů a chování. Lokalizovaná změna v dominálním čelním a spánkovém laloku je dle klinického syndromu definována, jako primární progresivní afázie. Se symptomy kde řeč je obtížná, neplynulá, chudá. Má za výsledek, že nemocný komolí slova a má potíže s vybavením slov, ale většinou dobře rozumí. Poslední lokalizační změna probíhá v přední části spánkových laloků (v dominantní straně nebo oboustranně). Jedná se tedy o sématickou demenci. Projevuje se v oblasti řeči. Řeč je plynulá, ale bezobsahová. Nemocný druhým nerozumí a ztrácí nabyté znalosti.

(Franková,2009)

### 2.3.5 Huntingtonova chorea

Huntingtonova chorea je vzácné dědičné onemocnění, jehož počátek se vyskytuje ve středním, produktivním věku. Každý 15 000 člověk trpí tímto vzácným onemocněním. Lékaři stále neobjevili způsob, kterým by mohli zabránit vzniku či zvrácení průběhu nemoci. Průběh nemoci lze jen ovlivnit nikoli zvrátit.

Tento typ demence má genetický podklad. Toto však neznamená, že onemocnění musí propuknout u každého klienta, který má pozitivní výsledek genetického testu. „*Příčinou onemocnění je změněná – chybná genetická informace, která vzniká závadou na čtvrtém chromozomu.*“ (BORZOVÁ, 2009, s. 48)

Projevem této poruchy je tvorba „nenormální“ bílkoviny. Tuto bílkovinu nejsou některé organismy schopny odstranit. Projevem této neschopnosti odstranění je hromadění patologické bílkoviny v mozku. Hromadění této bílkoviny má za následek ničení mozkové buňky. Nejprve v oblasti mozku, která souvisí s řízením pohybu. Dále se šíří do dalších částí mozku. Projevy tohoto typu demence jsou příznaky jak neurologické a psychické. Častěji se zpočátku objevují příznaky neurologické poté až příznaky psychické. Příznaky se mohou vyskytovat několik let před propuknutím nebo na začátku či průběhu onemocnění. Jedná se o příznaky např. nepřiměřená nálada, nedostatek energie, snížená výkonnost, ranní pessimismus s doprovodem úzkostí, pocitem neschopnosti denního fungování a obavy z budoucnosti. Opakem depresivních příznaků může být vznik rozvinuté i bipolární (maniodepresivní) poruchy s příznaky mánie. Hovoříme-li o mánii, hovoříme o nadbytku energie, výborné náladě nebo naopak o zvýšené aroganci, agresivitě spojené s přebytkem energie, neschopnosti spát a bez potřeby jíst. Méně časté jsou psychotické příznaky bludy.

(Borzová, 2009)

### 2.3.6 Demence infekčního původu

Demenci mohou vyvolat i infekční choroby, které postihují mozkovou tkáň (encefalitidy). Infekce se může vyskytnout i v kombinaci. Postihuje mozkovou tkáň a mozkové pleny.

V minulosti se v populaci vyskytovalo tato postižení mozku ve formě luetické infekce „syfilis“. Tato infekce se objevuje i v současnosti, převážně je spojena s rostoucí prostitucí. Tato pohlavně přenosná infekční choroba je způsobena bakterií *Treponema pallidum*.

Vyskytuje se mnoho forem luetického poškození mozku. Jedná se o progresivní paralýzu, gummata mozku a obliterující endarteriitidu. Tyto formy postižení mozku se projevují demencí. „*Nejčastější forma luetického postižení mozku projevující se demencí je*

*progresivní paralýza.*“ (JIRÁK, 2009, s. 57) Porucha je zapříčiněna chronickým zánětem mozku. Následně vzniká mozková atrofie, kterou můžeme popsat jako úbytek mozkové tkáně.

Projevy jsou patrné až po několika letech po nákaze luetickou infekcí. Tyto projevy mohou být různé. Často se podobají ACH nebo demenci spojené s depresí. Důležité je také zmínit projevy neurologické, kterými jsou často poruchy chůze. Léčba probíhá užíváním velkých dávek antibiotik. Po skončení léčby jsou nutné opakované kontroly mozkomíšního moku.

Dále mezi infekční choroby, které vyvolávají syndrom demence patří AIDS. Na vzniku demence se však podílí více ohrožujících vlivů a to jak sám virus HIV tak i možnost selhání imunity. Poslední a velmi výjimečná forma nákazy je virem herpes simplex. Tento virus zpravidla způsobuje vznik běžných oparů.

(Jiráček, 2009)

### **2.3.7 Lidské prionové nemoci**

Tento typ neurogenerativního onemocnění může postihnout osoby i zvířata. *„Jejich společným znakem jsou těžké změny v mozkové tkáni (hromadění patogenního prionového proteinu, histopatologické projevy degenerace neuronů, houbovitě změny mozku).*“ (FRANKOVÁ, 2009, s. 58)

Onemocnění je smrtelné. Jeho inkubační doba je velice dlouhá. O lidské prionové nemoci můžeme dále říci, že je velice vzácná a neléčitelná. Nejčastější formou prionových onemocnění je Creutzfeldtova-Jakobova nemoc (dále jen CJN), která tvoří 85% všech nemocí tohoto typu.

Onemocnění se začíná projevovat ve vyšším věku. Průměrné projevy začínají po 60. roce života klienta. Nemoc je velice rychlá. Její délka trvání je v celkovém průměru rovna 8. měsícům.

Nejvíce případů této nemoci nezná příčinu vzniku, ale i zde příčiny vzniku mohou mít genetický (dědičný) charakter. V číselných hodnotách se jedná o 10 až 15% ze všech prionových nemocí.

Nejméně častá a spíše vzácná příčina vzniku této nemoci, která se projevuje u 5% je zapříčiněna iatrogenním přenosem. Příčina vzniku není s celkovou jistotou ještě upřesněna. *„Předpokládá se, že je vyvolána priony, malými proteinovými částicemi, které způsobují houbovitě (spongiformní) změny mozkové tkáně.*“ (FRANKOVÁ, 2009, s. 58)

Prvotními projevy onemocnění mohou být různé druhy prvotních příznaků, jako jsou únava, nespavost, deprese, úbytek hmotnosti a bolesti různého původu. Nemoc se poté projevuje skrz řadu symptomů, kterými mohou být i neurologické projevy. Jedná se o svalové záškuby, křeče, svalovou ztuhlost, třes končetin i celého těla a závrat'. Lidské prionové nemoci lze však definitivně diagnostikovat až po smrti klienta.

Creutzfeldtova-Jakobova nemoc (dále jen CJN) se objevuje ve více formách:

1. Genetická CJN (dědičná, familiární)
2. Iatrogenní CJN
3. Nová varianta CJN

První forma je dle lékařů zapříčiněna mutací genu pro prionový protein na 20. chromozomu. Iatrogenní forma vzniká zapříčiněným lékařským zákrokem či nesprávnou léčbou. Doba možné inkubace je 1 až 30 let. Posledním typem je nová varianta CJN, která vzniká tzv. nemocí šílených krav.<sup>3</sup>

(Franková,2009)

### 2.3.8 Metabolická demence

Také v případě poruchy látkové proměny může vzniknout demence. Jedná se o vyléčitelnou formu demence. Při vzniku metabolické demence má v minimálních případech souvislost genetická podmíněnost.

Wilsonova choroba je nejčastější typem metabolické demence. Její vznik je zapříčiněn nedostatečnou tvorbou bílkoviny ceruloplazminu, jejíž funkcí je přenášení mědi v těle. Tato nedostatečná schopnost tvorby je vrozená. Klientovi se tedy v důsledku usazuje měď převážně v mozku, játrech a očích. „*Choroba se léčí podáním látek vychytávajících v organismu měď*“. (JIRÁK, 2009, s. 63)

Dalšími typy nepodmíněné metabolické demence jsou demence při selhání jater a demence při selhání funkce ledvin. Jejich vznik je zapříčiněn tím, že mozek není schopen sám likvidovat toxické látky, kterými je zaplaven.

(Jiráček,2009)

---

<sup>3</sup> Nemoc šílených krav : Vznik této nemoci je vlivem nákazy člověka z hovězího maso dobytka, které je postižené boviní spongiformní encefalopatií. Tato nemoc byla poprvé popsána v 90. letech ve Velké Británii, kde také bylo hlášeno nejvíce případů nakažených asi 130.

### 2.3.9 Demence intoxikačního původu

*„Otravy některými látkami výrazně postihují centrální nervový systém a mohou působit obraz demence.“* (JIRÁK, 2009, s. 64) Hovoříme-li o intoxikaci oxidem uhelnatým (CO). Hovoříme převážně o otravě kouřovými plyny. Je jednou z možností, kdy může vzniknout i demence. Jedná se o akutní otravu.

Také můžeme vznik demence spojit s užíváním alkoholu. Tento typ demence v naší populaci je častý. Alkoholová demence vzniká při užívání velkého množství alkoholu. Vzniká také v kombinaci se špatným životním stylem. Konkrétně můžeme hovořit o špatném stravování, které se projevuje nedostatečným příjmem kalorií, bílkovin a vitaminů. Tento typ alkoholové demence je nevyléčitelný. V případě, že klient začne abstinovat a má dostatečnou výživu a dobré sociální zázemí, může dojít k celkovému zlepšení. (Jirák, 2009)

### 2.3.10 Farmakogéní demence

*„Klinické příznaky demence, i když v převážné většině případů vratné, plně vyléčitelné, mohou vyvolat i některé léky.“* (JIRÁK, 2009, s. 65) Tento typ se převážně vyskytuje ve vyšším věku a je většinou spojen s organickým onemocněním mozku, u kterého však ještě projevy nemuseli být patrné.

Různé typy léků mohou narušit paměť. Z léčiv často používaných můžeme hovořit o starších bicyklických antidepresivech a o některých benzodiazepinových přípravcích, které slouží jako hypnotika. Může se jednat o léky na zlepšení spánku nebo o léky mírnící úzkost. *„Jiná léčiva, například některá užívaná v onkologii, mohou narušovat ukládání paměťových stop tím, že porušují syntézu bílkovin a/nebo nukleových kyselin v mozku.“* (JIRÁK, 2009, s. 65)

### 2.3.11 Posttraumatické (poúrazové) demence

U mladých osob je často úrazem hlavy zapříčiněna invalidita. Úrazy mozku vyvolávají projevy, které mohou být krátkodobé, dlouhodobé nebo trvalé. Úrazy hlavy dělíme na těžší, které způsobují krvácení a pohmoždění. Dále na lehké úrazy vedoucí k výpadkům paměti. Úrazy mohou také způsobit kognitivní poruchy a poruchy chování, které mohou přetrvávat nebo se v průběhu let zhoršovat.

Vzhledem k umístění poranění jsou odlišné projevy a příznaky. Objeví-li se poranění v levém spánkovém laloku, jsou příznaky projevovány poruchou řeči (neschopnost pojmenovat věci, zadržávání, opakování slov a zmatenosti). Poranění může být lokalizováno také v předním laloku a v předním spánkovém laloku. Poté jsou projevy poranění rozpoznatelné jako poruchy výkonných funkcí např. poruchou plánování, úsudků,

neschopností abstraktního myšlení, vyhýbání se a neschopnosti řešení problémů a poruchou chování. Poslední možností je postižení bílé mozkové hmoty, které má za následek těžké motorické postižení, ochrnutí, bezvědomí a způsobuje také těžké poruchy paměti. Tyto poruchy paměti se dále projevují, jako demence různých stupňů.

(Borzová,2009)



### 3. PÉČE O ČLOVĚKA S DEMENCÍ

#### 3.1 Historický pohled na péči o seniora

V historii se objevila zařízení pečující o nemocné a nesoběstačné seniory až na začátku 20. století. Ve středověku ze začátku fungovaly klášterní nemocnice. Následně vznikaly hospice a hospitály, jejichž hlavním cílem a úkolem bylo poskytnout péči o chudé, nemocné, zestárlé a umírající, ale také sirotkům, pocestným a dalším potřebným. Vznikaly díky církevním řádům, které se staraly o zakládání špitálů a o péči o nemocné. Řád Maltézských rytířů, řád sv. Lazara a řád Křížovníků s červenou hvězdou patřily mezi první církevní řády. Zřizovatelé hospitálu byli hlavně biskupové, faráři, kláštery a města.

*„Na počátku 20. století byly otevřeny velké pražské nemocnice (např. Fakultní nemocnice Královské Vinohrady nebo v době války Fakultní nemocnice Motol) a modernizovaly se stávající.“ (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 61)*

V období po druhé světové válce vznikaly první domovy pro seniory. Hospicová péče vzniká v České republice až po pádu totalitního režimu. První hospic na našem území byl založen v roce 1995 v Červeném Kostelci s kapacitou 26 lůžek. (Mlýnková, 2009)

#### 3.2 Formy péče o seniory

*„Formy péče o seniory můžeme rozdělit do tří skupin:*

- 1. Péče zajišťovaná rodinou*
- 2. Zdravotní péče (včetně ošetrovatelské péče)*
- 3. Sociální péče (pečovatelské úkony).“ (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 61)*

**Rodinná péče** je poskytována v domácím prostředí. Toto místo klient trpící demencí dobře zná a je si zde jistý a prožívá pocity bezpečí rodinného zázemí.

U většiny dospělých dětí je zvykem, že péči o své stárnoucí rodiče, jestliže je v jejich silách obstarávají sami. Často tedy dochází ke sestěhování, které ale nemusí být příjemné pro některou ze stran. Tento krok je doprovázen jak pozitivy tak negativy. Hlavními pozitivy je získání více času na péči a také více finančních možností. Zamezí se tak osamocení seniora a péče o něho může být rozdělena mezi všechny členy domácnosti. Velké negativum může však vzniknout v případě, že si senior na nové prostředí špatně zvyká. Může si připadat cizí a nemusí se cítit v nové domácnosti dobře. Mohou zde také převažovat pocity, že je na obtíž.

Dle Mlýnkové (2011) vzniká několik překážek při poskytování péče rodinnými příslušníky.

1. Nevyhovující bydlení. Tím je převážně myšlena situace, kdy se více lidí musí sestěhovat do jednoho bytu a dochází ke ztrátě soukromí.
2. Zaměstnanost střední generace, která se při péči o seniora projevuje tak, že ne všichni mohou zůstat doma a pečovat o blízkého seniora. Většinou tuto situaci v době své nepřítomnosti musejí řešit výpomocí širší rodiny či pečovatelské služby.
3. Povinnost vůči vlastní rodině je zamýšlena ve smyslu, že je také stále poskytována péče o děti a domácnost.
4. Při vzdálenosti rodin je převážně poukazováno na odlišná místa bydliště.
5. Vyčerpání a únava rodinných příslušníků při péči o seniora.

### **Zdravotní péče může být poskytována ve více typech zařízení**

1. Nemocnice
2. Hospice
3. Ambulantní a terénní služba
4. Geriatrická denní centra

### **Sociální péče**

1. Domovy pro seniory
2. Domovy se zvláštním režimem
3. Domy s pečovatelskou službou
4. Domovinky
5. Denní stacionáře
6. Týdenní stacionáře
7. Pečovatelská služba

### 3.3 Prožitek demence a její fáze

Jedině kdybychom sami trpěli demencí můžeme popsat, co člověk cítí v prvních fázích. Přesto se ale v krátkosti pokusíme nastínit obraz prožívání demence. Nad otázkou jak lidé prožívají demenci existují tři zdroje, které nám pomohou odhalit, jak se daný klient s demencí cítí a co prožívá.

1. Sdělení od klienta: může se jednat jak o písemnou tak ústní formu.
2. Chování klienta: posuzujeme dle jeho prožívání a při projevu emocí např. pláči, smíchu nebo při pocíťování neklidu či agrese.
3. Je naše osobní možnost se vcítit či si představit situaci klienta s demencí

V průběhu postupu demence můžeme rozlišovat prožívání klienta na čtyři fáze:

#### a) Přípravná fáze

V této fázi začíná demence zapomnětlivostí. Její časté projevy se objevují při zvládání běžných situací. Jedná se převážně o zapomínání faktů, jako např. kdo včera volal, nevědomost ohledně otázky času, zapomínání klíčů a převážně zapomínání naplánovaných aktivit. Klient si tuto situaci uvědomuje a jeho reakce na tuto fázi může mít za následek frustraci, která se může projevat v různých situacích odlišně nejčastěji jako zlost či sklíčenost. Nemocný člověk si však tyto projevy potlačuje uklidňováním, že je to v jeho věku normální.

#### b) Fáze potřeby dohledu

Demence je v této fázi již na úrovni, že klientova mozková porucha ovlivňuje jeho život v takovém rozmezí, že již není sám schopen zvládat situace bez pomoci a rad druhých. V této fázi je zapomínání již spíše normou než výjimkou. Nastávají časté konflikty s klientem a lidmi v jeho blízkém okolí, jelikož klient používá lži a únikové mechanismy, aby oklamal jak sám sebe, tak i své nejbližší. Jedním z častých projevů je v této fázi sebevědomé tvrzení, že je v pořádku.

#### c) Fáze potřeby péče

Vzhledem k mizející paměti je způsobeno, že klient se propadá do minulosti a do svých dávných vzpomínek. Je pro něj tedy důležité to, co pro něj bylo důležité v minulosti. Toto se nejvíce ukazuje v denních rutinách např. spojených s odchodem do práce. Klientovi, kterému se bude bránit v těchto návratech do minulých rutin, bude poté velice rozrušený nebo se bude zlobit a také může být smutný. Klienti s demencí se ztrácejí v čase a postrádají také orientaci v prostoru. Následují tímto dějem doprovázené otázky ze strany klientů:

„Kde jsem?“, „Co dělám?“ „*Jak demence postupuje, je pro pacienta stále obtížnější myslet na to, kdo je a co dělá.*“ (BUIJSSEN, 2006, s. 50) V této fázi se klientova vlastní identita rozpadá na několik kusů tak, že skoro již neexistuje. S průběhem postupu demence se klientovo chování mění také v otázce důvěry v druhé. Výsledek je takový, že klient je více citlivější na chování druhých lidí, jak mezi sebou tak ve vztahu ke klientovi samotnému. Převážně se jedná o situace, kdy klient již dokáže méně chápat to, co se mu říká, ale o to více vnímá řeč těla, výraz obličeje, gesta a tóny hlasu. Vytváří si úsudky na podkladu hlasových projevů. Další schopností je zařazování informací v hlavě a pamatování si je. Tato schopnost je pro většinu klientů v této fázi již navždy ztracená. Ze strany ostatních lidí jsou ke klientovi vysílány informace, ale on je již nedokáže přijmout. „*Čím obtížnější se stává zpracování informací, tím víc se odtahuje od lidí kolem sebe a stahuje se do sebe. Stále větší část dne bude sedět s otevřenýma očima a jen podřimovat a pospávat.*“ (BUIJSSEN, 2006, s. 55)

#### **d) Fáze potřeby ošetrovatelské péče**

Buijsen ve své publikaci uvádí, že klient v této fázi vnímá okolní věci možná stejně jako kojeneček. Klientovi potřeby se točí již jen kolem základních fyzických potřeb, jídla, pití, odpočinku a tepla. Velice důležité jsou také emoční potřeby ve formě bezpečí a důvěry.

Projevy komunikace klienta v ošetrovatelské péči jsou popisovány jako fyzický neklid, panický křik, volání a vzlyky. Tato fáze je charakteristická skutečností, že klient má snížené vědomí. Jeho skutečnost a jeho svět se skládají jen z vnímání vlastního těla. Zvuky nedokáže přiřadit k realitě. V této fázi je časté, že klienti odmítají jíst a pít. Projevy chování jsou jediné fyzické povahy. Poslední fáze klientova života je tedy charakterizována tím, že klient s demencí přijímá informace jen s matným vědomím. Projevuje se tím, že klient se již nepoznává. Často se dívá na části svého těla, tak jako by to byly předměty od něho odděleny. „*Poslední z celého procesu demence odchází schopnost usmívat se. Když už se neusmívá, pak smrt není daleko.*“ (BUIJSSEN, 2006, s. 57)

### **3.4 Komunikace s klientem s demencí**

Dle Buijsena lze mluveným i psaným slovem předávat své zkušenosti, pocity, touhy a myšlenky. Díky komunikaci můžeme sdílet své myšlenky s druhými lidmi. S prohlubující se demencí však možnost sdílení myšlenek s ostatními postupně mizí. Klient trpící syndromem demence má stále více omezené možnosti normální komunikace s druhými. Pro klienta je velmi vysilující, když má jasně sdělit, co cítí nebo potřebuje. Také obrácená situace, kdy se snaží pochopit, co se druhí snaží sdělit jemu, je pro klienta velmi vysilující. Styly komunikace se liší podle stadia demence.

Klient v prvním fázi potřeby dohledu není schopen komunikovat o nedávných událostech. Jeho projev je plný nejasných slov, která se stále častěji opakují. Jedná se o slova typu: „to“, „někde“, „věci“, „něco“, „někdo“, „lidé“, „tak“, „oni“. Tato slova nesdělují nic konkrétního. Dále se také mohou objevit chyby v projevu a to převážně v záměně podobných slov při pojmenování. Klient v této první fázi velmi dobře rozumí, co mu sdělujeme.

V prostřední fázi potřeby péče je pro klienta charakteristické, že se začíná do rozhovorů zapojovat méně, jelikož je to pro něho stále více obtížné. V této fázi začínají bariéry v porozumění s okolím. Klient nezačíná popisovat situaci od začátku, ale vyprávění začíná v průběhu děje. Pro pečující a rodinu mohou být tato sdělení nejasná a matoucí. Klient nedokáže rozlišit již přítomnost a minulost. Také se začíná vytrácet schopnost používání a pochopení základních pojmů abstraktního myšlení např. inteligence, politika, myšlenka nebo šance.

Poslední fáze ošetrovatelské péče je spojena s tím, že klient přestává mluvit úplně. Schopnost komunikace se úplně vytrácí. Klient ke komunikaci a vyjádření využívá pouze neartikulované zvuky. Kladení otázek je pro klienta těžké. *„Stěží dokáže odpovědět na jakoukoliv otázku a reaguje pouze na fyzické impulzy jako bolest, teplo, chlad nebo pohyb.“* (BUIJSSEN, 2006, s. 61)

Důležité při správné komunikaci s klienty s demencí je omezit rušivé zvuky. Může se jednat o puštěné elektrospotřebiče, jako jsou televize, rádio nebo pračka. Také je zapotřebí zajistit klid od jiných konverzací a projevů jiných osob.

Dále využíváme dva typy komunikace verbální a neverbální, aby výsledek rozhovoru byl co nejefektivnější. Při verbální komunikaci se snažíme rozhovor přizpůsobit tak, aby byl co nejvíce stručný a jasný. Snažíme se klást krátké a jednoduché věty, aby klient co nejlépe porozuměl. Vyhýbáme se otázkám, při kterých si klient může vybrat z více variant. Chceme-li klienta o něco požádat, žádáme těsně před okamžikem, kdy má být požadavek splněn. Klienta žádáme. Je nepřípustné mu něco příkazovat či nakazovat. Žádáme v prostředí kde klient bude činnost vykonávat. Po ujištění, že klient pochopil náš požadavek, je stále nutné ujištění se a kontrola, že klient činnost opravdu splnil. *„Jedním z rysů demence je to, že mozek potřebuje na zpracování informací, jež do něho přicházejí, mnohem více času.“* (BUIJSSEN, 2006, s. 63) Lidé s probíhající formou demence potřebují pětkrát více času na vstřebávání a pochopení informací než lidé bez projevů této nemoci. Nejpravděpodobněji si vzájemně porozumíme, jestliže jako prostředek komunikace využijeme předvedení.

Důležité pravidlo pro komunikaci s klienty s demencí je pravidlo pro snížení využívání diskuzí, které na závěr obsahují odpověď ano nebo ne. Druhé pravidlo má za úkol

ujasnit realitu mezi pečujícím a klientem. Konkrétně se jedná o projevy emocí ze strany pečujícího, kterému je doporučeno, aby se nerozčiloval kvůli informacím, které nejsou podstatné. Může se jednat o informace, co je dnes za den a jestli už se klient neubezpečoval o pravdivosti odpovědi.

Pro úspěšnou komunikaci je zapotřebí, aby pečující přijmul fakt, že klient žije v jiném světě a čase. V péči je tedy lepší na klienta nevyvíjet nátlak s reálnými informacemi, protože klient může toto upozornění pochopit jako útok na jeho osobu a nebude mu tato situace příjemná. Nepříjemný pocit, který pocítí klient může vyústit až v agresi.

Jsou situace, kdy musíme klienta i přes jeho odpor opravit nebo do situace zasáhnout. Jedná se například o typ situace, kdy se klient snaží obout si levou botu na pravou nohu nebo obráceně. Pečující by měl zásah provádět vlídným, přátelským a taktním způsobem. Použije uklidňující fráze např. „nic si z toho nedělejte, všichni občas děláme chyby“.

Při základním rozhovoru se převážně vyhýbáme časovému určení a situacím, které se odehrály v blízké minulosti. Při rozhovoru klienta s rodinou dbáme na to, aby rodině byly vysvětleny zásady komunikace a poskytnuta rada, že klienta nemají zahlcovat otázkami, ale spíše mu vyprávět o svém životě např. o svých úspěších, neúspěších, radostech, starostech a převážně o tom, co je baví, těší a z čeho mají radost. Tento typ komunikace totiž na většinu klientů působí pozitivně. Mají z něho dobré pocity a z rozhovoru si odnášejí utvrzení, že rodině na něm záleží a že někam patří.

Dalším typem komunikace je komunikace neverbální. Při této komunikaci je důležité používání klidného a vyrovnaného tónu hlasu. Používání hlasitého tónu není dobré při péči o klienta s demencí. Tito lidé mohou zvýšenou hlasitost projevu vnímat jako hněv. Mohou se cítit ohroženi. Reakce na tento projev může být ve formě hněvu, úzkosti, smutku a neklidu.

Hlavní pravidlo při práci s klientem je dbát na udržování kontaktu očima. Také si musíme dávat pozor na odvracení těla od klienta. Jestliže se pečující nachází přímo v zorném poli klienta, jeho reakce jsou úspěšnější. Pocit úzkosti a překvapení může u klienta vyvolat, když k němu jiný člověk přistoupí nebo promluví zezadu. Klient nedokáže vnímat realitu celkově. V tu chvíli pocítuje úzkost, obavy, rozrušení, které se mohou vystupňovat až na projevy agresivity.

S prohlubující se demencí klient ztrácí všechny informace a zapomíná slova. „*Když už nechápe slova, může k vašemu pacientovi ještě „mluvit“ vaše tělo. Můžete ho vzít kolem ramen, pohladit po paži, podržet za ruku, usmívat se na něho.*“ (BUIJSSEN, 2006, s. 35)

### 3.4.1 Obecné zásady v přístupu ke klientům s demencí

**Dobré přijetí:** Převážně se jedná o postoj pečujícího nebo ošetřujícího personálu. Hlavním úkolem pečujících je ujišťovat klienty, že jim chce pomoci. Vždy je důležité, aby pečující osoby respektovaly lidskou důstojnost klienta trpícího demencí. Hovoříme-li o důstojnosti jedná se o absolutní hodnotu lidské bytosti. „*Je charakterizována rozumovou přirozeností a z ní plynoucí osobností. Projevuje se hlavně ve svobodě a odpovědnosti, také jako nutný předpoklad osobních vztahů či lidské vztahovosti*“ (MATOUŠEK, 2013, s. 204). Důležité je se přizpůsobit individuálním potřebám každého klienta. Přestože vlivem demence klienti procházejí řadami změn. Proto je důležité s nimi zacházet jako s lidskými bytostmi, i když musíme přizpůsobit styl péče. Pečující by měl mít opravdový zájem o klienta. Klientovi věnujeme dostatečnou pozornost, aby se cítil dobře a spokojeně. Většinou stačí velmi málo, stačí projevy chování jako úsměvy, mrknutí nebo pokyny. V opačném případě přehlížení velkého ruchu a pohybu mnoha lidí může klient reagovat velmi negativně. Vyjadřuje své pocity neklidu jako agresivitu a křik.

**Respektování osobnosti nemocného:** V tomto typu přístupu se pečující snaží získat co nejvíce informací z předchozího klientova života. Tyto informace jim pomáhají k navázání dobrého kontaktu s klientem a možnosti přizpůsobit péči co nejvíce zvykům a potřebám klienta. „*Cílem péče je dobrá kvalita života, aby se pacient cítil dobře fyzicky, psychicky, sociálně i duchovně.*“ (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, 2009, s. 110). Nejvíce takových informací nám může poskytnout klientova rodina. Využíváme metodu rozhovoru nebo také můžeme použít dotazník. Tyto získané údaje zaznamenáme a předáváme dál dalším pečujícím. Jedná se především o informace o oblíbených činnostech klienta. Mezi ně patří oblíbené knihy, oblíbená hudba ale také způsob života, rituály a zvyky klienta. Při získávání těchto informací je nutné také sledovat nonverbální signály.

**Ocenění:** Důležitý přístup ke klientovi s demencí je takový, že ke klientovi přistupujeme stejným způsobem, jako když u něj ještě nemoc nepropukla. Důležité je klienta oceňovat, aby měl neustále pocit vlastní hodnoty.

**Zdvořilost:** Vždy je nutné přistupovat ke klientům s klidným přístupem. Pečující by se měl vyhnout kritice. Neměl by poukazovat na nedostatky klienta. Kritika by mohla člověka rozrušit. Projevovaly by se pocity zahanbení, které by mohly vyústit v agresi.

**Laskavost, nenaléhavost:** Klienti mohou mít potíže s pochopením obsahu verbálního sdělení. Je nutné zajistit potřený klidný tón a klidnou atmosféru, aby sdělení bylo co nejefektivnější.

**Podpora dobré nálady:** Je dobré vybírat takové situace ve kterých klient bude úspěšný. Je nutné se vyvarovat situacím ve kterých by klient mohl selhávat. Úspěch můžeme zapříčinit tím, že klienta budeme povzbuzovat a přizpůsobíme činnost přiměřenému tempu. Ze strany pečujícího je také nutné dbát na pokládání otázek tak, aby se vyvaroval možnosti, že klient z důvodu demence na ně nedokáže odpovědět.

**Podpora paměti:** U klientů s projevem demence je nutné brát ohled na poruchu paměti. V péči tedy využíváme mnoho pomůcek pro podporu paměti. Může se jednat o podporu zlepšení orientace v realitě. Jedná se také o vizuální podporu při počátečních formách demencí a to tak, že klient může využívat štítky s nápisy, kalendář či nástěnku s úkoly. Při péči je tedy nutné dodržovat denní režim, který je individuální pro každého klienta.

**Pozornost:** Věnování pozornosti v péči u klienta s demencí je velice důležité, ať už se jedná o setkání rodinné nebo přátelské. Je nutné předcházet situacím, kdy se klient cítí nejistý. Je tedy nutné mu věnovat dostatek podpory a pozornosti. Tento přístup je nutný praktikovat i v kolektivu a nebo ve speciálním zařízení.

**Nonverbální komunikace:** Jedním se specifických projevů demence je ztráta schopnosti vyjadřovat se a porozumět mluvené řeči. I ve stádium pozdní demence je klient schopen komunikace. Způsob komunikace se však mění. Největší význam mají nonverbální prostředky komunikace.

**Fyzický kontakt:** Každý klient má potřebu fyzického kontaktu na jiné úrovni. U většiny klientů je kontakt buď nedostatečný a nebo chybí úplně. Pečující by měly tuto potřebu otestovat. V případě že je pro klienta uklidňující, bezpečný a hlavně je mu příjemný je dobré ho do pečování zapojit. Může se jednat o kontakt při delším podržení ruky, pohlazení rukou, ramen nebo hlavy apod.

**Podporovat důstojnost a úctu k nemocnému:** Lidé trpící syndromem demence vnímají a cítí přístup ze strany pečujícího. Je vhodné ke každému klientovi tedy přistupovat individuálně, protože nežádoucí chování a jednání může v klientovi vyvolat neklid, agresi nebo jinou formu obranného mechanismu. Klienty ovlivní i naše nálada a emoční naladění. Jestliže se usmíváme, tak se usmívají i oni.

**Komunikovat jednoduše:** Lidé trpící demencí mají velmi omezenou schopnost přijímat a zpracovávat informace. Je tedy nevhodné nabízet více alternativ a nutit klienta se sám rozhodovat.

**Věcnost:** Při komunikaci používáme převážně oznamovací věty. Při používání otázek



je třeba dbát na to, aby byly jasně a jednoznačně formulovány.

**Odstranit šum:** Zvukové a sluchové podněty z okolí mohou u klienta s demencí vyvolat strach, neklid a zmatenost. Při péči je vhodné chránit ho od přemíry zrakových nebo sluchových podnětů.

*„Dbát na to, aby nám pacient při rozhovoru viděl do obličeje, mluvit zřetelně, pomalu a přiměřeně hlasitě.“* (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, 2009, s. 113): Na klienta lépe působí, když pečujícímu vidí do obličeje. Je důležité rozpoznat reakce, jestli nám klient rozumí nebo jestli ho naše chování mate a zneklidňuje.

**Sdělení doprovádit přiměřenou nonverbální komunikací:** Konkrétně se jedná o styl komunikace, který je názorný, přiměřený nikoli přehnaný nebo dětský.

**Být názorný:** V komunikaci používat názorné příklady. Ukázat předmět zájmu např. jídlo které nabízíme.

**Krátká sdělení:** Při práci s klientem mohou velmi často vzniknout nedorozumění v komunikaci, která vznikají díky neschopnosti klienta porozumět a zapamatovat si více informací najednou.

**Dost času:** Čas na péči o klienta s demencí by měl být individuálně dostačující. Klienti nedostatek času pociťují, což je zneklidňuje.

**Umění porozumět:** Při péči je důležité pochopit sdělení a náповědu. Dopomoci klientovi myšlenky dokončit. Důležitost také klademe na smysluplnou komunikaci, kterou potvrzujeme dialogem pochopením se navzájem obou dvou stran.

**Mírnění agitovosti:** Jedná se o projev chování, kdy klient je naléhavý, agitovaný. Nejlepší řešení této situace je klientův názor přijímat, ujišťovat a respektovat. Řešení však oddalujeme do chvíle než stav odezní. V opačném případě by situace mohla přejít až v agresivitu ze strany klienta.

**Respektování zvláštní „logiky demence“:** Důsledek poruchy kognitivních funkcí klienta s demencí je jejich reakce na různé situace. Reakce jsou mnohdy velice nepřiměřené. Často se tato porucha projevuje při běžných situacích, když klient přemístí některou ze svých věcí z obvyklého místa na jiné a poté jí hledá na správném místě. Tato situace může u klienta vyvolat podezření, že mu věc byla ukradena. Klientovo chování nesouvisí s podezíravostí, ale jedná se jen projev vysvětlení situace.

**Nalézat zdroje klientů:** Dobrá péče může být také výsledkem práce se zachovalými schopnostmi a dovednostmi klienta. Tato péče vzbuzuje u klientů lepší pocity a výrazně ovlivňuje jejich sebedůvěru. Komunikace je také pro klienta příjemnější, jestliže hovoříme o předmětech pro klienta důležitých.

**Udržovat komunikaci:** Je třeba dbát na ověření, jestli klient netrpí poruchou zraku či sluchu. V komunikaci je důležité přizpůsobit hlasitost, délku a obsah sdělení klientovi. Je důležité opakování a používání jednoduchých vět, které podporuje porozumění mezi pečujícím a klientem. Vzhledem k projevům demence je třeba pozorovat nonverbální řeč a projevy tělesné schránky. Klienti s vyšším stupněm demence stále více komunikují nonverbálně. „*Komunikace nepředstavuje jen výměnu informací, ale je také v kontaktu.*“ (HOLMEROVÁ, JAROLÍMOVÁ, 2009, s. 115) V komunikaci se nemusejí vždy objevovat jen slova, ale můžeme klientovi dát najevo svou přítomnost např. dotykem, tónem hlasu, zpěvem, pozitivním výrazem ve tváři, držením za ruku atd.

**Umět vyhodnotit signály:** Pečující by měli znát klientovy reakce. Pro zjednodušení komunikace a péče je důležité dobré vyhodnocení signálů, které mohou signalizovat klientovy potřeby. Může se jednat o pociťování hladu, žízně, bolesti, potřeby spánku a odpočinku.

**Dobrá komunikace s rodinnými pečujícími:** Spolupráce s rodinou klienta a pečujícími je velice důležitá, jelikož zde můžeme získat spoustu důležitých informací, které nám usnadní a zdokonalí vlastní péči.

(I.Holmerová, E.Jarolímová,2009)

### 3.5 Prostředí pro klienty s demencí

Prostředí pro lidi s demencí by mělo být vlídné, domácí, neomezující a hlavně bezpečné. Bezpečí se musí projevovat přizpůsobením prostoru tak, aby byl úraz co nejméně pravděpodobný. Chceme-li vytvořit bezpečné prostředí měli bychom zajistit převážně odstranění zbytečných bariér a nástrah. Za bariéry pro lidi s demencí jsou považovány prahy, předměty v cestě, prodlužovací šňůry, klouzavé koberce a jedovaté květiny. Velice nebezpečné mohou být také vařiče, nadměrné množství horké vody a nezabezpečené kuchyňské a pracovní nářadí. Důležitá je také bezpečnost při osobní hygieně, proto by měly být koupelny a toalety přizpůsobeny. Jedná se hlavně o užití madel, neklouzavých rohoží a ukrytí chemických přípravků a léků. Klienti s demencí jsou často dezorientovaní, proto k zlepšení orientace pomáhají barevné nápisy a barevná označení.

Zařízení pro klienty s demencí by mělo být co nejvíce individuální, aby zde byly zabezpečeny potřeby většiny klientů. Realita je často jiná a tato zařízení vznikají v kombinaci se stávajícími prostorami. Ideální zařízení pro klienty s demencí by mělo mít kapacitu 15 obyvatel. Měly by zde být dostatečné společné prostory, ale ideálně také i soukromé jednolůžkové pokoje s vlastním sociálním zařízením. Klienti by měli mít možnost pohybu po celém zařízení dle jejich potřeby. Společný prostor musí být jak vnitřní tak venkovní.

Vnitřní prostory mají sloužit k aktivitám, kterých se klient může zúčastnit nebo je jen pozorovat. Společné prostory by měly také sloužit k relaxaci a odpočinku. „*Jednotlivé části by měly být dostupné, lidé s demencí nesmějí být v žádném případě zamykáni.*“ (HOLMEROVÁ, 2009, s. 99) Venkovní prostor má být příjemný a bez nástrah. Měly by zde být lavičky pro možnost odpočinku.

Všechny prostory je vhodné správně označit. Neměly by v nich probíhat časté a velké změny neboť lidé s demencí si lépe zvyknou a budou se i lépe orientovat.

(I.Holmerová,2009)

### **3.6 Časté problémy seniorů**

#### **3.6.1 Pohyb a pády**

V seniorském věku je pohyb často velmi omezený. Chůze je spíše pomalejší a nejistá. Větší dálky nebo nerovný terén jsou pro seniory překážkou a mohou v nich vyvolat i pocity strachu a nejistoty, které se mohou projevit odmítáním. Překonat tuto překážku a zvýšit si stabilitu chůze mohou senioři za pomoci kompenzačních pomůcek, např. holí, berlí či chodítka s brzdou. Senioři však nejvíce ocení a jsou si nejjistější v případě, že jim tyto překážky s přemísťováním pomůže překonat doprovod, ať už ze strany pečovatелů či rodinných příslušníků. „*Pády se u seniorů vyskytují často a jejich počet s věkem stoupá*“ (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 81). Pečovatelé musí prevenci pádů předvídat a dbát na ní. Důsledkem pádu seniora může být vážná zdravotní komplikace, která v mnoha případech může mít za následek i blízkou smrt. Většina seniorů, kteří mají s pády zkušenosti, mohou mít poté zvýšené obavy z možnosti dalšího pádu či chůze. Také často po pádu senioři odmítají nebo prožívají strach z pohybu a chůze a vyžadují kompenzační pomůcky nebo přítomnost další osoby. „*Je třeba poznamenat, že je povinností ošetřovatelského personálu řádně a přesně zaznamenat do dokumentace klienta okolnosti každého pádu*“. (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 81)

#### **3.6.2 Dekubity**

Dekubity jsou proleženiny, které vznikají poškozením tkáně vyvolané tlakem. Vzniklá zpravidla v místech, kde jsou malé vrstvy tukové a svalové tkáně. Častý vznik je způsoben tlakem z vnějšího prostředí proti kosti. Vzhledem ke vzniku z hloubky na povrch je často obtížné vznikající dekubity hned odhalit. Vznik je velice rychlý. Pohybuje se v desítkách minut až hodin i při správné péči. S dekubity je spojeno velké riziko infekce, která může

velice zhoršit stav klienta.

(<http://www.osobniasistence.cz/?tema=2&article=1>)

### 3.6.3 Inkontinence moči a stolice

Inkontinence se projevuje mimovolným unikem moči nebo stolice. Klient není schopen ovládat nebo si vůbec neuvědomuje vyprazdňování a proto dochází k svévolnému pomočení a nebo odchodu stolice. Klienti se za tento stav stydí. V pokročilých fázích demence tento jev již nevnímá.

(Mlýnková,2011)

#### **Stupně inkontinence**

Inkontinenci diagnostikuje praktický lékař nebo odborný lékař, např. neurolog, urolog, gynekolog či geriatr. Diagnostika se provádí dle výsledků daných specifických vyšetření. Inkontinenci rozdělujeme do 3 stupňů: (určuje se podle mimovolného úniku moči za dobu 4 hodin)

1. stupeň neboli lehká inkontinence (nad 50 ml a do 100 ml)
2. stupeň neboli střední inkontinence (100-200 ml)
3. stupeň neboli těžká inkontinence (nad 200 ml)

Nárok na úhradu pomůcek od zdravotní pojišťovny má každý člověk trpící inkontinencí, ale jen v omezeném množství. Právě proto si musí většina pacientů doplácat na tyto pomůcky ze svého nebo jim přispívá rodina. Webová stránka [webozdravi.cz](http://www.webozdravi.cz) informuje o možnostech nároku: „Níže uvádíme, co je možné získat v rámci jednoho měsíce. V případě lehké inkontinence lze na předpis pořídít maximálně 150 kusů vložek a to do 450 Kč. U střední inkontinence se předepisují vložné pleny – opět jde maximálně o 150 kusů a to do částky 900 Kč. Pro těžkou inkontinenci jsou určeny plenkové kalhotky; i zde platí pravidlo maximálně 150 kusů, přičemž zdravotní pojišťovna je uhradí do částky 1700 Kč.“ (<http://www.webozdravi.cz/medicina/pomucky-na-inkontinenci-netreba-vzdy-hradit-z-vlastni-kapsy> [online 11.4.2015])

#### **Orientační ceny inkontinenčních pomůcek**

Každý klient používá pomůcky dle typu inkontinence. Jedná se o vložné pleny, plenkové kalhotky a pro ležící pacienty i vatové podložky. V rámci zachování čistoty a správné hygieny je ale nutné používat i speciální kosmetické přípravky. Jedná se zejména o čistící pěny, krémy a mýdla. Tato kosmetika může účinně čistit pokožku a zadržuje pachy.

### **Orientační ceny inkontinenčních pomůcek: dle e-shopu [www.abena.cz](http://www.abena.cz)**

1. U prvního stupně se ceny za balení vložných plen pohybují od 50 do 160 Kč.
2. U druhého stupně se ceny za balení plenkových kalhot pohybují 200 do 260 Kč.
3. U třetího stupně se ceny za balení plenkových kalhot pohybují od 300 do 400 Kč a obsahem balení je 20 - 30 ks.
4. Za vatové podložky se ceny za balení vatových podložek pohybují od 100 do 350 Kč, přičemž ve většině balení je cca 60 ks.
5. Za kosmetické přípravky se ceny pohybují většinou mezi 50 až 300 Kč.

### **3.6.4 Výživa a poruchy výživy**

Klienti trpící demencí vyžadují zvýšený dozor ze strany pečovatelek v oblasti příjmu živin. Jedním z projevů stáří je pokles trávicích enzymů, který má za následek pokles funkčnosti trávicího traktu. Příjem potravy je dosti individuální. Dle projevů demence jsou klienti, kteří by jedli pořád, jelikož v důsledku ztráty krátkodobé paměti zapomínají, že před chvílí jedli. Většina seniorů má problémy s určitým druhem stravy např. s čerstvým chlebem, luštěninami a různou zeleninou. Většina seniorů si stěžuje a nechce jídla, která mají slupky či semínka. Je však důležité dodržovat zásady stravování a každý senior by se měl pravidelně stravovat 5 krát až 6 krát denně po malých porcích.

### **3.6.5 Pitný režim**

*„Senioři přirozeně ztrácí pocit žízně, proto se u nich může vyskytnout dehydratace.“* (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 85) Každý pečující o klienta s demencí musí dbát na jeho správný pitný režim. U těchto osob musíme dbát na pravidelnost zavodňování, aby nevznikla dehydratace. Klienty musejí pečující vyzývat, aby dostatečně pili. U každého klienta se však pocit žízně projevuje jinak. Někteří lidé jsou na posezení schopni vypít velké množství tekutiny, jelikož v průběhu zapomenou, že již několikrát pili.

Klienti v DZR v Hlubočepích mají na výběr z více druhů nápojů. Ráno se podává káva a čaj dle přání klienta. Po celý den mají obyvatelé DZR možnost si vybírat z čaje a šťávy, která je u nich velice oblíbená pro sladkou chuť. Také rodiny přinášejí svým členům jejich oblíbené pití, jako jsou džusy, mošty, minerální vody a nealkoholická piva.

### 3.6.6 Spánek

Při nedostatečném spánku senior nenačerpá dostatek fyzických a psychických sil. Tento nedostatek má za následek, že je senior přes den unavený, podrážděný a denní aktivity jsou pro něj náročnější než obvykle. Pečující musí zajistit, aby klient měl dostatek klidu na usínání a v průběhu noci nebyl vyrušován. U klientů s demencí by se měl dodržovat denní plán a klienti by měli chodit spát každý den ve stejný čas. Senioři často trpí silnou nespavostí proto se doporučuje užívání léků navozující spánek.

### 3.6.7 Bolest

Definici bolesti je možné popsat jako nepříjemnou senzorickou a emocionální zkušenost, která je propojena s akutním nebo potenciálním (možným) poškozením buněk.

### 3.6.8 Psychické problémy

Senioři mívají často pesimistický postoj k životu, který se projevuje nezájmem o jakoukoliv činnost.

Dle Mlýnkové jsou další příčiny psychických problémů u seniorů:

1. *„Způsob životního stylu*
2. *nezájem rodiny o stárnoucí rodiče*
3. *zvyšující se závislost na okolí*
4. *současně se snižující soběstačnost seniora.*“ (MLÝNKOVÁ, 2011, s. 87)

## 3.7 Problémové chování u klientů s demencí

Klient s demencí trpí jak kognitivní poruchou tak poruchou chování, s kterou souvisejí různé psychiatrické symptomy. Klient se snaží sdělit svou potřebu přes problémové chování, které může mít více podob.

**Bránění se péči:** Demence postihuje osoby, které mají již vytvořenou vlastní osobnost. Mají své stereotypy a žebříček hodnot. Klienti mají sníženou schopnost přizpůsobit se. Můžeme zaznamenat formu odporu vůči pomoci, jako je bránění se mytí, pomoc při oblékání, odmítání odchodu mimo domov a odmítání stravy. Pečující by měli klientům být nápomocní, ale nesmí dělat činnosti za klienty. Pro úspěšné zvládnutí činnosti je důležitá motivace a podpora. *„Problémem je změna prostředí (přestěhování, hospitalizace, umístění do domova pro seniory) nebo situace (ztráta partnera, nemoc, změna pečujícího, přítomnost návštěvy).*“ (FRANKOVÁ, 2009, s. 75)

**Agitovost:** Hlavním projevem je neklid a nemožnost setrvat na jednom místě, která se projevuje manipulací s věcmi a blouděním, při kterém je možné, že se klient vytratí ze zařízení.

**Podvečerní stavy zmatenosti:** Jsou projevy chování, které jsou typické pro odpolední a večerní čas. Většinou jsou doprovázeny stavy zmatenosti, úzkosti a neklidu. Příčiny vzniku jsou přisuzovány nedostatku světla a celkové únavě.

**Toulání se a bloudění:** Tento důsledek projevu demence můžeme zaznamenat v souvislosti se zaběhnutými stereotypy nebo opačným dějem, kdy se klient snaží opustit místnost či domov, který nezná.

**Poruchy spánku:** Při celoživotním procesu stárnutí se s fyzickými změnami mění také struktura spánku. Lidé ve vyšším věku mívají problém s nespavostí. Delší doba usínání a časté se probouzení jsou denními rituály. Lidé trpící demencí prožívají tyto změny ve větší míře. Velice často se mohou projevovat stavy zmatenosti. Noční zmatenost může mít více projevů. Zpravidla se jedná o vstávání z lůžka, bloudění po domově, probouzení nebo hledání jiných osob. Pečující osoby musí dbát na dodržování spánkových rituálů. Klient s demencí musí mít individuálně přizpůsobený spánkový režim. Pečující zajišťuje, že klient nebude dostávat kávu s kofeinem v odpoledních hodinách a snaží se také klienta zapojit do denních činností, aby zamezil odpolednímu pospávání.

**Psychotické příznaky:** Klienti se středně těžkou demencí nejčastěji pocítují psychotické příznaky ve formě bludů, iluzí nebo halucinací. Klient je utvrzen v neexistujících smyšlenkách. Je velice paranoidní a bázlivý.

**Misidentifikace:** Tento jev se projevuje při smyšlené záměně osob. Klient trpící demencí nahlíží na své blízko osoby jako na cizí lidi. Také se může vyskytovat opačný projev misidentifikace, který se projevuje tím, že klient své ošetřovatele považuje za svoji biologickou rodinu. Poslední formou možnosti misidentifikace je forma při které klient nepoznává ani své vlastní já při odrazu v zrcadle.

**Deprese:** „*Deprese se u starších nemocných s demencí projevuje často především tělesnými příznaky: únavou, bolestí hlavy či jiných částí těla, závratěmi, gastrointestinálními potížemi aj.*“ (FRANKOVÁ, 2009, s. 77) Projevy jsou spojeny s pocity bezmoci, beznaděje a sebeobviňuje. Klient se může také vlivem deprese cítit podrážděný a má sklony k agresivnímu chování. Vzhledem k prohlubující se demenci mohou být příznaky deprese také nespavost a odmítání stravy. U klientů s demencí je však deprese často nedignostikována nebo také může být nesprávně léčena.

**Příznaky úzkosti:** Projevy úzkosti se mohou vyskytovat ve všech stádiích demence. Příčin úzkostí může být mnoho, nejčastěji se jedná o strach z neznámého, pocity samoty a obavy ze selhání.

(Franková,2009)



## 4. AKTIVIZACE SENIORŮ S DEMENCÍ

### 4.1 Aktivizační programy

Aktivizační programy se konají každý den v dopoledních a odpoledních hodinách. Jsou společné a jsou na ně pozváni všichni klienti, kteří se podle svého uvážení mohou rozhodnout, jestli se programu zúčastní. Ze strany klientů se může jednat jak o aktivní, tak pasivní účast.

Tyto aktivizační programy jsou převážně zaměřené na fyzické cvičení, společenské hry, zpěv, předčítání trénování paměti, vzpomínání. Také se připomínají důležité události, kterými mohou být státní svátky a životní výročí. Dále je zmiňováno současně společenského dění.

DZR zajišťuje individuální aktivizační programy, které probíhají po celý den a jsou přesně zaměřeny na potřeby a očekávání jednotlivých klientů. Může se jednat o společné procházky, vaření, pečení, kreslení, zpívání, předčítání nebo individuální rozhovor.

### 4.2 Reminiscence/ Reminiscenční terapie

Chceme-li se více zabývat reminiscenční terapií, budeme se zajímat o rozhovor terapeuta se starším člověkem (nebo se skupinou seniorů). Tématem rozhovoru bude minulost a vzpomínky s ní související, jako jsou třeba bývalé aktivity, prožité události a zažité zkušenosti. Používají se vhodně zvolené pomůcky, kterými mohou být staré fotografie, staré předměty, nástroje nebo pomůcky, užívané v bývalé domácnosti nebo také v bývalém zaměstnání. Může se tedy jednat o knihy, fotografie, nábytek, doplňky, filmy a hudbu vztahující se k bývalé domácnosti. Také o přístroje a pracovní nářadí připomínající bývalé zaměstnání.

Janečková (2010) ve své publikaci poukazuje na Noriise (1986) a jeho dělení tří funkčních úrovní reminiscenčních skupin, jako oddechovou, podpůrnou a terapeutickou. Hlavním cílem oddechové úrovně je aktivizace seniorů ve volném čase. V podpůrné úrovni hovoříme o nastolení psychické pohody, zachování sebeúcty a posílení vlastní identity seniora. Pojmeme-li možnost reminiscence jako důvod k životní rekapitulaci, vyrovnání se s vlastním životem a přijmutí fakta blížící se smrti. Máme stejné cíle jako terapeutická skupina.

Dle Matouška je pojem reminiscence z latinského *reminiscere*, které v překladu znamená vzpomenout si, rozpomenout se a obnovit paměť. V českém překladu se jedná o synonymum vzpomínky či vzpomínání. „*Reminiscence je hlasité nebo tiché (skryté, vnitřní, osobní) vybavování událostí, aktivit, zkušeností ze života člověka, které se uskutečňuje buď*

*o samotě, nebo spolu s jinou osobou či skupinou lidí, obvykle s pomocí vhodných podnětů jako fotografií, archivní hudby, předmětů z domácnosti apod.“ (MATOUŠEK, 2013, s. 287)*

Reminiscence v péči o osoby s demencí má pozitivní výsledek. Dle výzkumu se potvrdilo, že začlenění lidí trpících demencí do specializovaných reminiscenčních skupin má velice pozitivní výsledky. Dalším kladným výsledkem je zlepšení úrovně aktivity a potěšení z komunikace.

### **4.3 Zooterapie**

Hovoříme-li o zooterapii, můžeme si pod tímto pojmem představit pozitivní, až léčebné působení zvířete na člověka. Je mnoho druhů zooterapie. Nejznámějšími druhy zooterapie jsou jistě canisterapie, která je provedena při působení psa na člověka). Felinoterapie probíhá za přítomnosti kočky. Hiporehabilitace probíhá za přítomnosti koně. Delfinoterapie probíhá za přítomnosti delnifa. Lamaterapie probíhá za přítomnosti lamy. Insektoterapie probíhá za přítomnosti hmyzu. Ornitoterapie probíhá za přítomnosti ptactva.

Zooterapie může probíhat jak individuálně, tak i ve skupině. Vždy je zapotřebí přihlédnout na stav konkrétního klienta či skupiny a vybrat vhodný typ zooterapie. *„Zooterapii provádí kvalifikovaná síla s odborným vzděláním v oboru terapie za pomoci zvířat a se soustavným dalším vzděláním.“ (MATOUŠEK, 2013, s. 286)*

## 5. ARCIDIECÉZNÍ CHARITA PRAHA

ACHP je dle jejího statusu veřejnou církevní právnickou osobou. Její působení můžeme vidět jak v zahraničí, tak také na celém území pražské arcidiecéze. Zřizovatelem je Arcibiskupství pražské. ACHP je účelovým zařízením římsko katolické církve. Na principech křesťanské lásky se snaží pomáhat co nejvíce lidem, kteří se ocitli v nouzi.

Celkově Arcidiecézní charita Praha spojuje 42 farních charit v pražské arcidiecézi, jejím hlavním úkolem je všechny metodicky vést. Společně s dalšími 7 arci či diecézními charitami utváří sdružení Charita České republiky. Záslouhou tohoto sdružení je také fakt, že Charita České republiky je součástí celosvětové sítě Caritas internationalis. Tato síť v roce 2011 zaznamenala významné jubileum 60. výročí založení.

### Hlavní struktura a zástupci

V hlavních funkcích jsou prezident pater Dr. Vojtěch Eliáš a ředitel Ing. Bc. Jaroslav Němec. Do svých funkcí jsou jmenováni pražským arcibiskupem Mon. kardinálem Dominikem Dukou. Ten také jmenuje členy Rady Arcidiecézní charity Praha, jejímž hlavním úkolem je poradenství ředitele. Tato rada je složena z 5 členů. Dále je zde důležité zmínit další poradní orgán, jímž je Ekonomická rada. Tato rada je tvořena 3 členy, které jmenuje biskupský vikář pro Charitu Mons. Karel Herbst.

Organizace je řízena prostřednictvím členů vedení organizace a dále pak řediteli jednotlivých středisek. *„Arcidiecézní charita Praha měla v roce 2011 v průměru 148 zaměstnanců. Činnost organizace se řídí Stanovami, Etickým kodexem, vnitřními předpisy, Standardy kvality sociálních služeb a dalšími zákonnými normami.“* (ELIÁŠ, 2011, s. 5)

(Výroční zpráva 2011 Arcidiecézní charita Praha, 2011)

ACHP je také organizátorem pomoci do zahraničí. Této činnosti se věnuje již od roku 1993. Jejím hlavním cílem je podporovat chudé děti z rozvojových zemí ve vzdělání. ACHP pomáhá v mnoha rozvojových zemích. Nejvíce pomoci míří do Indie, Ugandy, Zambie, Konžské demokratické republiky a Běloruska. ACHP pomáhá ve více oblastech např. při podpoře vzdělávání, komunitním rozvoji, zdravotní péče a prevence, zemědělství a sociální práce.

Věnuje se také projektu Adopce na dálku, který pomáhá podporovat vzdělání nejchudších dětí z rozvojových zemí. Tato podpora zahrnuje převážně financování nákladů na vzdělání.

([www.praha.charita.cz](http://www.praha.charita.cz))

## **5.1 Sociální služby pod záštitou ACHP**

### **1. Poradna pro lidi v tísní**

- Tato sociální služby poskytuje odborné sociální a právní poradenství. Na sociální službu (dále jen SS) se může obrátit kdokoli, kdo potřebuje pomoc s řešením problému.

### **2. Středisko migrace**

- Je bezplatná SS, která poskytuje odborné sociální a právní poradenství migrantům a uprchlíkům.

### **3. Azylový dům sv. Terezie**

- Je typ SS, která poskytuje pomoc lidem v tíživé situaci. Většina klientů, kteří vyhledají tuto SS, jsou bez domova.

### **4. Domov pro seniory Mukařov**

### **5. Azylový dům Gloria**

- Je azylový dům pro ženy a matky s dětmi, který poskytuje přechodné ubytování.

### **6. Stacionář pro seniory**

### **7. Projekt Magdala**

- Tato SS se zabývá následnou pomocí osobám, které zažily domácí násilí nebo obchodování s lidmi.

### **8. Centrum pro tělesně postižené Fatima**

- Hlavním cílem této SS je sociální rehabilitace dospělých lidí se zdravotním postižením.

### **9. Středisko Brandýs nad Labem**

### **10. Pečovatelská služba**

- Tato SS umožňuje co nejdelší setrvání seniora v domácím prostředí.

### **11. Domov se zvláštním režimem**

### **12. Projekt Zdravá rodina**

- Tento projekt pomáhá vícečetným rodinám v České republice. Je realizován přes přímou finanční pomoc.

### **13. Sociální bydlení**

- V roce 2014 byl založen bytový dům v Praze – Třeboradicích pro účely sociálního bydlení.

([www.praha.charita.cz](http://www.praha.charita.cz)).

## **6. DZR (DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM)**

V roce 2012 zřídila Arcidiecézní charita Praha domov pro seniory a osoby starší 55 let, kteří trpí Alzheimerovou chorobou nebo jinými typy demence. V tomto Domově se zvláštním režimem lidé žijí obdobně jako v Domově pro seniory, a však péče o tyto klienty je přizpůsobena jejich specifickým potřebám. Tento domov je zřízen na adrese: Renoirova 7/614, Praha 5 - Hlubočepy. Společně s DZR zde funguje také denní stacionář, který je pro klienty otevřen každý všední den od 7:00 do 19:00 hodin. V domově se pečovatelky a sociální pracovníce starají o zajištění základních potřeb klientů. Také se však snaží zajistit i jejich sociální začlenění a v mnoho případech zde klienti navazují i nová přátelství.

(Výroční zpráva, 2012)

### **6.1 Vybavení**

DZR se nachází v klidném místě. Je prostorný, slunný a součástí je i velká zahrada. DZR má celkem čtyři pokoje. Jedná se o tři dámské dvoulůžkové pokoje a jeden dvoulůžkový pokoj pánský. Pokoje jsou vybaveny polohovatelnými lůžky, nočními stolky s lampičkami, skříněmi a společnou lednicí. Součástí každého pokoje je vlastní sociální zařízení. Klienti si mohou pokoje vyzdobit svými osobními věcmi, které si přinesli ze svého domova. Nejčastěji se jedná o obrazy, fotografie, knihy, deky nebo ozdobné polštáře.

Společné prostory v DZR slouží všem obyvatelům domova. Uprostřed DZR se nachází kuchyně, která je propojena se společenskou místností. Společenská místnost je vybavena sedací soupravou s pohodlnými křesly, televizí, počítačem a velkou knihovnou. V zadní části místnosti je jídelní stůl, u kterého se klienti pravidelně scházejí na jídlo. Za pěkného počasí mohou klienti používat zahradu, která je velice prostorná. V zahradě se nachází pěkná bezbariérová cestička, která vede kolem DZR a je obklopena lavičkami. Na nich si klienti mohou odpočinout po procházce zahradou nebo jen relaxovat. Někteří klienti využívají čas na zahradě tím, že pracují. Pěstují květiny, byliny i potraviny. DZR má také terasu, která také disponuje bezbariérovým přístupem. Na terase jsou dřevěné lavice a velký stůl, kde se klienti mohou scházet na snídani, svačinu nebo oběd.

## 6.2 Denní režim

Denní režim je přizpůsoben dle individuálních potřeb všech klientů, ale jsou však nastavena i jistá pravidla a zvolen harmonogram dne:

### Denní program:

- 7:00 - 10:00 - Snídaně, Hygiena
- 10:00 - 10:30 - Dopolední aktivizační program
- 10:30 - 10:45 - Svačina
- 10:45 - 11:30 - Dopolední aktivizační program
- 11:30 - 12:00 - Oběd
- 12:30 - 14:45 - Individuální program
- 14:45 - 15:30 - Kavárnička, svačina
- 15:30 - 16:30 - Odpolední aktivizační program
- 16:30 - 17:30 - Individuální program
- 17:30 - 18:30 - Večeře
- od 18:30 - Individuální program
  - Večeře, Hygiena
  - Ukládání ke spánku

Většina klientů vstává mezi 7 – 9. hodinou ranní. Poté probíhá ranní hygiena, která je individuálně nastavena dle potřeby klienta. U inkontinentních klientů se každé ráno provádí sprchování od pasu dolů a potřebné ošetření pokožky. Většina klientů potřebuje při každodenních úkonech dohled či slovní vedení a pomoc ze strany pečovatelek. Je však velice dbáno na dodržování soukromí a důstojnosti člověka. Denní režim je dodržován, klienti jsou klidnější při pravidelných a očekávaných aktivitách. Večerní program je naplněn předčítáním knih, skupinovou konverzací, sledováním televize nebo individuální činností na pokoji. Klienti jsou obvykle doprovázeni do svých pokojů k ukládání ke spánku od 21:00 do 0:00. Ukládání je závislé na potřebě a individuálním plánu klienta.

### 6.3. Složení pracovního kolektivu

Pracovní kolektiv je celkově složen z 11 členů. Jedná se o ředitelku zařízení, sociální pracovníci a pečovatelky.

Hlavní vedoucí funkci zastává ředitelka zařízení. Hlavním úkolem je zajistit každodenní fungování domova. Její činnost je převážně zaměřena na zásobování domova, pořádání doprovodných akcí či koordinaci zaměstnanců. Vykonává i administrativní činnost, ať už se jedná o měsíční rozpisy či zajišťování školení. Také se zabývá ekonomickou stránkou. Vystavuje faktury pro klienty za pobyt. Další náplní práce ředitelky DZR jsou sociální šetření při přijetí nových klientů. Hlavním úkolem při přijetí je přijmout takového klienta, který splňuje veškeré podmínky pro přijetí. Dále jeho zdravotní stav a psychické rozpoložení je podobné jako či stejné, jako projevy klienta, který s ním bude sdílet společný pokoj. Při tomto šetření se hlavně dbá na zachování rituálů a aktivit, které je klient zvyklí dělat. Klient, který splňuje podmínky pro přijetí, ale z důvodu nesžití s druhým klientem nemůže být odmítnut. Je však taktně rodinným příslušníkům vysvětleno, že soužití těchto osob by nebylo dobré ani pro jednoho z nich.

Sociální pracovnice v DZR je zaměstnána na poloviční úvazek a její hlavní náplní práce je administrativní spojená s přijetím nových klientů. Jezdí na sociální šetření za potencionálními kandidáty na přijetí do místa jejich bydliště nebo do zařízení, kde jsou umístěni. Při sociálním šetření zjišťuje zdravotní stav klienta, jeho rodinnou a sociální anamnézu. Také se velice zaměřuje na jeho denní rituály a specifika spojená s péčí. Dále v sociálním šetření zjišťuje, jaké jsou zájmy a koníčky potencionálního klienta. Další náplní její pracovní doby je tvorba individuálních plánů pro každého klienta a aktualizace těchto plánů.

Nejvíce v přímé péči jsou přítomné pečovatelky, které dle rozpisu směn zajišťují péči o klienty. Jejich hlavním úkolem je dopomáhat a podporovat klienty v každodenním průběhu života. Pečovatelky chodí na střídavé směny. Vždy přes den jsou v DZR přítomny dvě pečovatelky od 6:50 hodin do 19:10. Na noční směnu dochází jedna pečovatelka, která je na pracovišti vždy od 18:50 do 7:10. V časovém období ráno od 6:50 do 7:10 a ve večerní čas od 18:50 do 19:10 jsou na směně přítomny tři pečovatelky. V tuto dobu probíhá předávání směn. Směny se předávají dle plánu na předávání. Ráno vždy pečovatelka, která přijde na ranní směnu přečte nahlas před všemi přítomnými zápisy z noční směny a noční pečovatelka je dle potřeby doplní či popíše situaci více dopodrobna. Poté probíhá předávání pokojů a klíčů. Pečovatelka, která přebírá směnu má vždy za povinnost zkontrolovat, jestli je domov uklizen. V případě že pečovatelka uzná, že je domov nepřizpůsobený převzetí, je jejím

právem říci, že za těchto okolností péči nepřevzme, ať předávající kolegyně vše douklidí. Toto právo je na ochranu pečovatelek, ale pracovníce v DZR jsou pečlivé a plně jsou si vědomé svých povinností, takže směny vždy předávají v řádném stavu. Díky této skutečnosti se ještě nestalo, že by některá z pečovatelek musela využít svého práva na nepřevzetí směny. Toto předání je také závislé na domluvě a stavu klientů. Může se stát, že pečovatelky mají přes den více práce s individuální péčí o klienty a na úklid společných prostorů nezbývá tolik času. V tomto případě jejich povinnosti přecházejí na noční směnu.

## **6.4 Vzdělávání pracovníků**

Arcidiecézní charita Praha velice dbá na vzdělávání a spolupráci svých pracovníků. Přispívá jim na certifikované kurzy a také se snaží o vzdělávání v rámci interních akcí, kterými jsou supervize, porady, kazuistické semináře, klientské porady a školení.

### **6.4.1 Supervize**

*„Supervize je systematická odborně vedená reflexivní interakce k prohloubení kvality práce v určité pracovní oblasti.“* (MATOUŠEK, 2013, s. 514) Supervize vznikla koncem 19. století. Její vznik je současně propojen se vznikem profese sociálního pracovníka.

V DZR probíhají supervize pravidelně každý měsíc za přítomnosti všech pracovníků a supervizora. Zde se řeší individuální problematika klientů i pracovníků. Hlavním cílem supervizí je však mluvit a řešit otázky a problémy, které jsou aktuální. Jedná se především o změnu stavu některého z klientů, přijetí nového klienta, pracovní postupy nebo spory na pracovišti.

### **6.4.2 Porady**

Porady probíhají s pravidelností každých 6 až 8 týdnů. Zde se řeší převážně praktické věci, týkající se pracoviště. Pečovatelé a vedoucí pracovníci přicházejí s různými návrhy a nápady, jak přeorganizovat zařízení, aby činnost zde byla co nejefektivnější.

### **6.4.3 Kazuistický seminář**

Kazuistický seminář probíhá vždy jednou do měsíce pod vedením externí osoby, která je ve vedoucí funkci Arcidiecézní charity Praha a má pro vedení kazuistického semináře potřebnou kvalifikaci. Jsou zde přítomny všechny pečovatelky, sociální pracovníce i ředitelka zařízení. Hlavním cílem je vždy probrat konkrétně a do detailů jednoho klienta. Převážně se zaměřit na změny jeho stavu. Také společně rozebrat postupy práce a různé přístupy.



#### **6.4.4 Klientská porada**

Klientské porady probíhají několikrát do měsíce. Vždy při střídání noční a denní služby.

Hlavním úkolem klientské porady je společně aktualizovat individuální plán klienta. Klientská porada vždy probíhá za přítomnosti třech pečovatelek a sociální pracovnice nebo ředitelky zařízení. Probíhá po ranním předávání služeb. O klientské poradě je veden pečlivý zápis, který je pak v tištěné podobě přístupný všem pracovníkům. Tento zápis musejí všechny nepřítomné pracovnice na klientské poradě, přečíst a potvrdit svým podpisem.

#### **6.4.5 Školení**

Každý zaměstnanec je během roku několikrát proškolen. Dochází na školení, které pořádají různé vzdělávací organizace. Jedná se vždy o akreditované semináře většinou jednodenní, kde pečovatelé či členové vedení získají certifikát. Zaměstnavatel hradí čas strávený na vzdělávací akci. Také proplácí i kurzovné. Zaměstnanci mají možnost si školení vyhledat i sami. Po domluvě s vedením ACHP je rozhodnuto, jestli se jim vybrané školení uhradí v plné nebo částečné výši.

#### **6.4.6 Videotrénink interakcí (VTI)**

*„Videotrénink interakcí (dále VTI) je metoda využívaná jako prevence, krátkodobá intervence či terapie při poruchách komunikace nebo při řešení vztahových problémů (rodič-dítě, učitel - žák, pomáhající pracovník-klient) s cílem identifikovat, aktivovat a rozvíjet konstruktivní interakci, podpořit stávající zdroje a podnítit vývojové procesy všech zúčastněných v daném systému, a tím využít co nejlépe jejich kapacitu a potenciál“ (MATOUŠEK, 2013, s. 306).*

Původní termín byl Video Home Training. Tento termín se nyní používá jen v Nizozemí a v severských státech. Je použit pro intervenci v prostředí rodiny a je konkrétně zaměřen na vztah rodiče s dítětem. V České republice metoda videotrénink interakcí se používá od roku 1993, kdy byla v Praze založena nevládní organizace SPIN. Tato organizace je jediná akreditovaná organizace. Hlavní funkcí organizace jsou akreditované výcvikové programy pro různé cílové skupiny. Také má v kompetenci udělovat oprávněné certifikáty pro praxi ve VTI.

Důležité je zmínit metodologický základ praxe VTI, který je složen ze třech kroků. Prvním krokem je samotné natáčení. Videotrenér natáčí 10 až 15 minutový videozáznam různých situací, které zachycují úspěšnou interakci popřípadě předcházející momenty.

Poté v dalším druhém kroku následuje analýza interakce a editace videozáznamu. Posledním třetím krokem je rozhovor s klientem nad nahrávkou. Společně videotrenér a klient prohlížejí a reflektují. Společně také reflektují způsob využívání verbální i neverbální komunikace.

V DZR je videotrénink jednou ze vzdělávacích metod. Videotrenérka dochází do domova a po dohodě s pečovatelkou natáčí interakci s klientem. Většinou se jedná o nějaký druh dopomoci třeba při ranním vstávání nebo dopomoc se stravou. Také může být natočen aktivizační program, kde pečovatelka má na starost více klientů najednou. Videotrénink probíhá po dobu individuálního úkolu, ale v maximální délce interakce 30 minut. Poté zaměstnanec a videotrenér odcházejí do kanceláře, aby měli dostatek prostoru a nerušený čas na rozebrání a reflexy natočené situace.

Při VTI s pečujícími o seniory s demencí se vždy rozebírá jestli péče o klienta byla podle zásad komunikace s osobou s diagnózou demence. Hlavně se zaměřujeme na oční kontakt, nenarušení situace a dostatek času na provedení úkonu.

(Matoušek,2013)

## 7. SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ

V rámci ochrany osobních údajů klienta jsou uváděná jména a data fiktivní.

### 7.1 Anamnéza

V českém překladu tj. rozpomínání, vzpomnutí. Jedná se o souhrn informací o minulosti klienta. Anamnézu můžeme dělit na přímou a nepřímou. Přímá anamnéza je získává informací přímo od klienta. Nepřímá anamnéza získává informace od rodiny nebo přátel.

(<http://www.wikiskripta.eu/index.php/Anamnéza>)

#### 7.1.1 Osobní anamnéza

Jméno: Klient Karel Dvořák

Klient se narodil dne 7.3.1928 v Pardubicích, zde prožil dětství a mládí. Miloval svého dědečka, který byl kovářem. Často u něj pobýval a hrál si. Odtud pochází jeho záliba v koních. Klient byl vyučen strojním zámečníkem. Při zaměstnání si studiem doplňoval vzdělání. Stal se diplomovaným technikem. Celý svůj profesní život byl zaměstnaný u Českých drah. Nejprve jako strojvedoucí, později se stal dispečerem.

Pan Karel nemohl již sám žít ve svém domku, proto dcera vyhledala DZR, aby pomohl v péči o klienta. Při prvním setkání byl pan Karel v dobré náladě, rozhovor probíhal na zahradě v altánu. Pan Karel byl velice rád, že si s ním někdo nový povídá. Pan Karel má problémy s časovou orientací. Proto je nutné znovu nastavit spánkový režim. Při oslovování stačí jen používat křesní jméno, na které dobře reaguje a je mu příjemnější toto oslovení než příjmení. Pan Karel chodí sám, přidržuje se zdí, nábytku. Delší procházky lépe zvládá se zavěšením do 2. osoby (nejlépe pečovatelky). Hůl ani jinou pomůcku při chůzi nepoužívá. Delší procházky nejsou vhodné, jelikož se rychle unaví. Pan Karel výborně vidí na dálku. Na blízko má brýle, které již delší dobu nenosí.

Pan Karel vstává velmi brzy. Večer většinou usíná u televize, ale poté je nutný doprovod do postele, jelikož často netrefí na své lůžko. Má velice rád sprchování. Sprcha může probíhat každý den večer či ráno.

Jeho způsob stravování je velice kultivovaný. Jí příborem. Je zvyklí snídat chléb se sýrem a kávu či černý čaj. Oboje však velmi sladké. Ke svačině mám velice rád jakékoliv ovoce, ale jeho nejoblíbenější jsou jahody, jablka, broskve, meloun nebo mandarinka. Má rád velice sladká jídla, jak různé koláče tak třeba i sušenky.

Klient nemá problémy s pitným režimem. Nejoblíbenější tekutiny jsou však pivo nebo coca-cola. Nemá příliš rád kávu, ale pije hodně oslazené čaje. Má velice rád polévky.

Je také třeba dávat pozor, že nemá rád policisty. Často hledá auto, které však už několik let nevlastní.

Před propuknutím symptomů měl krásný vztah se sousedkami, chodil k nim na návštěvu, nosil jim květiny, bavil je svým humorem, udržoval dobrou náladu.

Jeho velkou zálibou je divadlo. Byl aktivním účastníkem ochotnického kroužku. Rád zpívá, tancuje, uměl i stepovat. Rád vyprávěl a bavil celou společnost, rád se směje a je optimisticky naladěný.

### **7.1.2 Rodinná anamnéza**

Klient má početnou rodinu. Měl dva sourozence Zuzanu a Antonína. Oba sourozenci jsou již po smrti. Jeho manželka Eva zemřela v roce 2007. Z tohoto manželství má dvě dcery Janu, která pracuje jako prodavačka a Miladu, která byla operní pěvkyně v Národním divadle a nyní je učitelka zpěvu. Klient má čtyři vnoučata a čtyři pravnoučata.

### **7.1.3 Sociální anamnéza**

Karel žil se svojí ženou v Pardubicích a to v letech 1968 – 1986. V důchodu se přestěhovali do domku, který podědili po manželčiných rodičích. Pan Karel se obdivuhodně staral o svou manželku, která po operaci kyčlí byla ochrnutá. Také pracoval v místní továrně až do svých 80 let. Žili spokojeně. V roce 2007 jeho manželka zemřela a on zůstal v domku sám. V té době začala ztráta jeho krátkodobé paměti. Snaha rodiny byla ponechat pana Karla co nejdéle ve svém prostředí, na které je zvyklý. Rodina ho pravidelně navštěvovala a pomáhala mu. V dubnu 2013 požádala pečovatelskou službu o pomoc s péčí. Za klientem pravidelně docházela zdravotní sestra a dohlížela, aby bral léky. Pečovatelky mu pomáhaly s hygienou, úklidem, nákupy a stravou. Na jaře 2014 se jeho zdravotní stav zhoršil. Pan Karel začal ztrácet úplně pojem o čase. V myšlenkách se vracel i o několik let zpět. Vracel se sám do předchozího zaměstnání. Nedalo se s ním už na ničem domluvit. Začal si žít svůj vlastní svět.

### 7.1.4 Zdravotní anamnéza

Klientovi po pádu při nočním bloudění, byla diagnostikována Alzheimerova choroba. Klientův zdravotní stav je jinak velice dobrý. Netrpí vysokým ani nízkým tlakem. Pohyb je úměrný jeho věku. Klient je inkontinentní. Je stále velice gramotný. Dokáže číst velké číslice a písmo. Při kognitivním tréninku se speciálními kartami s obrázky rozpozná většinu předmětů. Jeho krátkodobá paměť je na slabé úrovni. Při paměťovém testu je klient schopen si zapamatovat a následně zopakovat pouze jedno slovo. Při větším počtu slov ztrácí zájem.

### 7.1.5 Ekonomická anamnéza

Klientův měsíční důchod činí 10 800 Kč. Za pobyt v DZR hradí denně 200 Kč za pobyt a 160 Kč za jídlo a pitný režim. Dle ceníku je úhrada za péči stanovena ve výši přiznaného příspěvku na péči. V ceně je zahrnuta celková pomoc při běžných denních činnostech, která zahrnuje pomoc při osobní hygieně, zprostředkování společenských kontaktů, sociálně terapeutická činnost a aktivizační činnost. Příspěvek na péči je každý měsíc posílán na účet DZR. Klient má příspěvek na péči ve výši 8000 Kč tedy třetího stupně.

## 7.2 Režim klienta po umístění v DZR

**Komunikace:** Rád si povídá s ostatními klienty a pečovatelkami. Potřebuje klidné tempo a pomalý přístup ze strany pečovatelek. Potřebuje partnera na rozhovor. Nemá rád rozkazy, křik, má rád pozitivní lidi.

**Oslovování:** Přeje si být oslovován křestním jménem.

**Pohyb:** Chodí sám na kratší procházky. Na delší mimo areál DZR potřebuje oporu druhé osoby. Chodí sám ven na zahradu, ale má tendenci zde močit. Pečovatelka dohlíží na to, aby potřebu vykonával na WC.

**Zrak:** Výborně vidí na dálku. Má brýle nablízko, ale nenosí je.

**Odpočinek během dne:** Sám si přes den rozhoduje o tom, kde odpočívá. Během dne odpočívá rád na křesle a na terase. Občas se jde prospat po obědě na lůžko.

**Spánek:** Usíná u televize. V noci se občas budí a bloudí po domově. V noci hledá WC, potřebuje pomoc pečovatelek s orientací. Ráno vstává mezi 6 - 7 hodinou.

**Vyprazdňování:** Přes den používá natahovací plenkové kalhoty, sám si je však nepřevlékne, ani nenatáhne do pasu, potřebuje pomoc pečovatelky. Chodí sám na WC, ale močí ve stoje,

netrefí se do mísy, nedává nahoru prkénko. Bývá pomočen včetně WC a podlahy. Je potřeba kontroly pečovatelky a pečovatelka zajistí úklid a případné převlečení klienta.

### **Hygiena:**

**Ranní hygiena:** Klient je inkontinentní, proto každé ráno probíhá sprcha od pasu dolů s dopomocí pečovatelky. Ranní hygiena probíhá u umyvadla v koupelně. Potřebuje pomoc pečovatelky s nachystáním hygienických potřeb a hygiena probíhá za slovního vedení.

**Večerní hygiena:** Probíhá v koupelně a dopomoc je srovnatelná s ranní hygienou.

**Péče o vlasy:** Probíhá v rámci ranní hygieny. Klient česání zvládne sám se slovním vedením pečovatelky. Vlasy si myje při celkové sprše ve čtvrtek. Stříhání vlasů včetně péče o vousy zajišťuje dcera.

**Péče o chrup:** Má umělý chrup. Večer zubní náhradu ukládá s pomocí pečovatelky do kelímku. Kelímek je označen jeho jménem a pečovatelka přiloží ještě čistící tabletu.

**Péče o nehty rukou a nohou:** Stříhání nehtů na rukou provádí pečovatelka vždy 1 krát týdně při celkové sprše, pokud se s klientem nedomluví jinak.

**Sprchování:** Klient se rád myje. Celková sprcha včetně mytí vlasů vždy ve čtvrtek ráno, potřebuje dohled, slovní vedení a pomoc pečovatelky. Pečovatelka podporuje klienta v samostatnosti při sprchování slovním vedením. Pečovatelka reguluje teplotu vody ve sprše, nebo klient sám.

**Aktivita:** Zapojuje se do společného cvičení, má rád házení míčem, procházky a rozhovor. Odpoledne má rád společnost, je spokojený, když se mu pečovatelka věnuje. Posezení na terase a u kávy pro klienta velkou relaxací.

## **7.3 Vývoj klienta po roce pobytu v DZR**

Klient po příchodu do zařízení byl velice zmatený. Často se ptal, „ kde je“ a „ jestli tady bydlí“? Vždy mu bylo vysvětleno, že je v DZR v Praze, protože v domku již nemohl být sám. Vždy mu jsou zdůrazněny všechny výhody, které má při pobytu v DZR.

Po příchodu byl klient zmatený a nevěděl, kde je co v DZR. Po adaptační době tří měsíců si na nové prostředí zvykl. Také se dobře začlenil do kolektivu. Při práci s klientem bylo zjištěno, že mu pomáhá, když má označený pokoj a jeho osobní věci. Jeho orientace se po označení velice zlepšila. Klient si na prostředí zvykl. Nyní ví, že v případě že se nebude orientovat, může oslovit pečovatelku, která mu poradí nebo ho doprovodí na pokoj. Největší vývoj byl zaznamenán při vyprazdňování. Klient při příchodu nevěděl, kde je toaleta. Nyní se již plně orientuje a ví, kde je společná toaleta a i kde má soukromé WC

s koupelnou.

Velkou radost klientovi dělají návštěvy zahrady. Klient se na zahradě plně orientuje a sám chodí na procházky. Zahrada byla vždy jeho velkým koníčkem. Klient je velmi pracovitý a svůj volný čas práci rád věnuje. Dobře se adaptoval na možnost půjčit si hrábě a rád chodí hrabat trávník a uklízet spadané listy. Zprvu na zahradu chodil svévolně. Nyní si zvykl, že pečovatelce oznámí, že jde pracovat nebo se projít na zahradu.

Klient je velice přátelský. Vybudoval si přátelský vztah s klientkou, kterou často zve na společné odpolední procházky. Klientka je mu za tuto pozornost velice vděčná, jelikož sama by na zahradu netrefila.

Velká změna nastala také při zavedení „sešitu změn“. S tímto nápadem přišla dcera a klientovi do notýsku zapisuje novinky z rodinného kruhu a světa. Klient si tyto zápisky rád každý večer pročítá. Musejí být zapsány černým tlustým fixem a velkým písmem, aby se klientovi dobře četli.

#### **Zdravotní stav**

Klientův stav je stabilizovaný. Má obtíže úměrné věku. Poslední dobou si však stěžuje na bolest levého kolena. Po lékařském vyšetření které zajistila dcera. Mu byla diagnostikována artróza 3. stupně. Rodina s lékaři nyní řeší zda operovat či nikoliv. Klientovi by určitě operace pomohla od odlevení bolesti a byla by jistě zlepšená i hybnost kolene. Naopak zde panují obavy, že v případě operace a změny prostředí na nemocniční a následně na rehabilitační. Tyto změny by pro klienta mohly mít za následek zhoršení projevů spojených se syndromem demence.

### **7.4 Sociální práce s klientem**

Klientův velký koníček je malování, proto jedna z možností může být arteterapie. Dále je určitě dobré zmínit zápisníček, kam jsou klientovy zapisovány novinky. Klient se také každý den zúčastní společného aktivizačního programu. Má rád však více pohybové cvičení než kognitivní trénink za pomoci obrázků. Nejprínosnější forma sociální práce s klientem je individuální rozhovor. Klient je rád při rozhovoru aktivní a vypráví. Také má, ale dny kdy je pro něj příjemnější, když může jen poslouchat vyprávění.

## ZÁVĚR

V současné době stále více přibývá lidí, které postihuje syndrom demence. Lidé jsou v domácím prostředí a jejich rodiny před diagnostikou syndromu demence zjišťují, že jejich rodinný příslušník přestává být sám sebou. Je často zmaten, zapomíná na povinnosti a začínají se objevovat i projevy nočního bloudění. Samotní klienti jsou si vědomi, že s nimi není něco v pořádku a že v jejich životě nastávají změny.

Tuto bakalářskou práci jsem vypracovala pro pečující rodiny a studenty. Chci ji věnovat pečujícím rodinám, aby jim posloužila jako pomocný sborník při péči.

Také předposlední kapitoly jsou věnovány speciálnímu pobytovému zařízení konkrétně DZR. Tyto kapitoly mají za úkol poskytnout možnost seznámení se s péčí a vybavením konkrétního zařízení, které je velice kvalifikované. Měly by být přínosné rodinám, které již nezvládají dostatečně pečovat o svého blízkého, který trpí syndromem demence. Nemožnost dostatečné péče ze strany rodiny může mít více příčin, může se jednat jak o časovou, ekonomickou nebo bytovou. Strach z neznáma může postihnout jakoukoliv osobu a tento strach může společně s pocitem bezmoci a neschopnosti postihnout každého pečujícího. Tento text by měl pomoci pečujícím v orientování se v problematice spojené s péčí o člena rodiny s demencí. V případě nemožnosti pečujících z řad rodinných příslušníků chci přiblížit, jak probíhá péče ve specializovaném zařízení. Ráda bych touto prací zamezila zbytečným obavám a naopak ujistila rodiny, že v případě umístění rodinného příslušníka mu bude poskytnuta odborná péče.

Práce obsahuje také nejběžnější typy demencí. Je doplněna informacemi o typech fázích demence a stylech komunikace s lidmi trpícími tímto degenerativním onemocněním.

Cílem práce bylo také představit Arcidiecézní charitu Praha a její organizace. Práce je ukončena sociálním šetřením, která vystihuje situaci, kdy klient již nemůže být sám ve svém domově. Kazuistika je také zaměřena na jeho denní režim v DZR po umístění do zařízení.



## Seznam použité literatury

### Prameny:

BAŠTECKÝ Jaroslav, Quido KÜMPEL a Miroslav VOJTĚCHOVSKÝ. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada, 1994, s. 317. ISBN : 80-7169-070-8

BUIJSSEN H., *Demence : Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006, s.132. ISBN : 80-7367-081-X

HOLMEROVÁ Iva a kol. *Výbrané kapitoly s Gerontologie*. Gema, 2002 – Jako studijní materiál v rámci projektu Péče 2002 za podpory MZČR, str.110.

JANEČKOVÁ Hana a VACKOVÁ Marie. *Reminiscence - Využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, s. 152. ISBN : 978-80-7367-581-3

JIRÁK Roman, HOLMEROVÁ Iva, BORZOVÁ Claudia a kol. *Demence a jiné poruchy paměti – komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009, s. 176. ISBN : 978-80-247-2454-6

MATOUŠEK Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013, s. 576. ISBN : 978-80-262-0366-7

MLÝNKOVÁ Jana. *Péče o staré občany*. Praha: Grada, 2011, s. 192. ISBN : 978-80-247-3872-7

ONDRUŠOVÁ Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011, s.155. ISBN : 978-80-246-1997-2

## **Sekundární literatura :**

COHEN Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002, s. 190. ISBN : 80-7178-497-4

GLOSOVÁ Dagmar a kol. *Bydlení pro seniory*. Brno: ERA group 2006, str. 179  
ISBN : 80-7366-057-1

HAŠKOVCOVÁ Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Columbus, 1997. s. 432. ISBN : 80-85928-97-3

PICHAUD Clément a THAREAU Isabelle. *Soužití se staršími lidmi :praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998, s. 160. ISBN: 80-7178-184-3

JIRÁK Roman a kol. *Alzheimerova choroba*, Praha: MAXDORF s.r.o., 1998, s. 64. ISBN : 80-85800-88-8

Walsh D., *Skupinové hry a činnosti pro seniory*, Praha:Portál, 2005, str.204  
ISBN : 80-7178-970-4

## **Slovníky a encyklopedie:**

MATOUŠEK Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013, s. 576. ISBN: 978-80-262-0366-7

MATOUŠEK Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. s. 288. ISBN: 80-7178-549-0

## **Elektronické zdroje:**

<http://www.abena.cz> [online 12.2.2015]

<http://www.databazeknih.cz/autori/roman-jirak-44083> [online 14.4.2015]

<http://www.databazeknih.cz/autori/oldrich-matousek-12496> [online 14.4.2015]

<http://www.hospiccheb.cz> [online 10.2.2015]

<http://www.htf.cuni.cz> [online 4.5.2015]

[http://www.mup.cz/cz/download/matousek\\_oldrich-cvcz.pdf](http://www.mup.cz/cz/download/matousek_oldrich-cvcz.pdf) [online 14.4.2015]

<http://www.osobniasistence.cz/?tema=2&article=1> [online 10.4.2015]

<http://praha.charita.cz> [online 1.3.2015]

<http://praha.charita.cz/sluzby/dzr/> [online 1.3.2015]

<http://praha.charita.cz/sluzby/stacionar/> [online 1.3.2015]

<http://www.webozdravi.cz/medicina/pomucky-na-inkontinenci-netreba-vzdy-hradit-z-vlastni-kapsy> [online 11.4.2015]

<http://www.wikiskripta.eu/index.php/Anamnéza> [online 1.3.2015]

## **Další použité prameny**

Kodex Charity České republiky, Arcidiecézní charita Olomouc 2009, str.16

Výroční zpráva Arcidiecézní charity Praha 2009, str.35

Výroční zpráva Arcidiecézní charity Praha 2011, str.23

Výroční zpráva Arcidiecézní charity Praha 2012, str. 24

(Tyto výroční zprávy byly vytištěny s finanční podporou Nadace České spořitelny)

## **Summary**

The content of this thesis is divided into seven chapters. It consists of theoretical chapters, which look into topics like old age and aging itself. I focus more on terms of gerontology and ageism. Second and third chapters are devoted to dementia and its division and specification. I also describe the most common types of this illness in depth here. Next chapters are practical. Furthermore, I look into communication and social work with seniors suffering from dementia. Concluding chapters are about caritas of the archdiocese of Prague and social services it provides. I thoroughly describe DZR in Hlubočepy, which meets required standards of care of seniors with dementia. Last chapter is about social care with client with dementia.